

**Forløbsprogram for
kronisk hjertesygdom
i Region Syddanmark**



April 2010

Indholdsfortegnelse

Forord	4
1. Indledning	5
1.1 Baggrund: Sundhedsaftalerne	5
1.2 Hvad er et forløbsprogram	5
1.3 Hvordan anvendes forløbsprogrammer	6
1.4 Tilvejebringelsen af forløbsprogrammet	6
1.5 Forløbsprogrammets opbygning	7
2. Forløbsprogrammets patientgruppe	8
2.1 Patientantal	8
ORGANISATORISK DEL: DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE	10
3. Forebyggelse og tidlig opsporing	10
3.1 Borgerrettet (primær) forebyggelse	10
3.2 Identifikation af risikofaktorer	10
3.3 Forebyggelse af kronisk hjertesygdom	10
3.4 Tidlig opsporing	12
3.5 Symptomer og kliniske fund	12
4. Stratificering og organisering af indsatsen for patienter med kronisk hjertesygdom	13
4.1 Kriterier for stratificering	13
4.2 Opgavefordeling mellem sektorerne	15
4.3 Almen praksis som tovholder	16
4.4 Forløbskoordination i øvrigt	17
4.5 Koordinering og kommunikation mellem parterne	17
4.6. Begrebsgrundlag for opgavefordelingen	19
4.7. Principper for sygdomsspecifik rehabilitering	20
5. Monitorering af hjerte-forløbsprogrammet	22
5.1 Diagnose- og kontaktregistrering	22
5.2 Kvalitetsmonitorering af kronikerforløb	22
6. Implementering	24
6.1 Implementering ifølge sundhedsaftalerne	24
6.2 Implementering koordineres i de lokale samordningsfora	24
6.3 Implementeringsprojekter på hjerteområdet	24

FAGLIG DEL: RAMMER FOR DEN SUNDHEDSFAGLIGE INDSATS	26
7. Fagligt grundlag	26
8. Den sundhedsfaglige indsats i almen praksis	27
9. Den sundhedsfaglige indsats i kommunerne	31
10. Den sundhedsfaglige indsats på sygehusene	33

BILAG	38
1. Medlemmer af koordineringsgruppen	38
2. Typiske patientforløb	39
3. Eksempel på kommunalt hjerterehabileringsforløb	43
4. Ordforklaring	44
5. Lokalaftaler for almen praksis (§2)	46
6. Risikoscema til brug for patienter uden tegn på iskæmisk hjerte-kar-sygdom eller diabetes	47
7. Referencer	48

Forord

Hver tredje dansker er i dag kronisk syg. Og tallet er stigende. Nogle kronisk syge borgere lever et godt og aktivt liv trods sygdom. Andre kronisk syge har en dagligdag præget af dårlig livskvalitet og ringe mulighed for at klare sig selv. De er afhængige af hjælp fra andre og tilbringer en stor del af deres tid hos læger og på sygehuse. Fælles for borgere med kronisk sygdom er, at de har brug for et livslangt behandlingsforløb.

I Region Syddanmark vil vi tilrettelægge behandlingen af de kroniske patienter anderledes i fremtiden. Målet er at give patienterne bedre livskvalitet, samtidig med at vi udnytter ressourcerne i sundhedsvæsenet på bedst mulige måde. Det kræver, at vi i et vist omfang ser på sundhedsvæsenet med nye øjne.

Patientforløbsprogrammerne for kronisk sygdom i Region Syddanmark er udarbejdet af kommunerne og regionen som afsæt for udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, herunder bedste praksis, kvalitetsudvikling og dokumentation af kronikerindsatsen.

Programmerne udsendes som anbefaling for udvikling af samarbejdet lokalt mellem almen praksis, kommuner og sygehuse.

Implementeringen af de enkelte patientforløbsprogrammer koordineres mellem det enkelte sygehus og kommuner samt praksis i de lokale samordningsfora. De konkrete tværfaglige og tværsektorielle kronikerforløb og rehabiliteringsindsatser aftales således i de lokale samordningsfora som kommunespecifikke eller fællesspecifikke aktiviteter og indarbejdes i de specifikke sundhedsaftaler for perioden 2011-14.

Udviklingen af samarbejdet vil i årene 2010-12 blive understøttet gennem Region Syddanmarks og kommunernes udmøntning af regeringens puljer til styrkelse af indsatsen for den kroniske patient i form af en række samarbejdsprojekter.

Forløbsprogrammerne tages op igen medio 2011 på baggrund af de indgåede sundhedsaftaler for 2011-14, bidrag fra begrebsafklaring på nationalt niveau samt erfaringer fra midtvejsevaluering af puljeprojekterne.

Det administrative Kontaktforum under Sundhedskoordinationsudvalget, marts 2010

1. Indledning.

1.1. Baggrund: Sundhedsaftalerne mellem kommuner og Region Syddanmark

Region Syddanmark indgik i 2008 sundhedsaftaler med kommunerne i regionen. I aftalerne med alle kommuner på nær én indgår en grundaftale om indsatsen for personer med kronisk sygdom i regionen.

Aftalen fastslår at strategien "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark", der ligger til grund for aftalen og som er lavet i et tværsektorielt samarbejde, udgør det fælles grundlag for kommunernes og regionens udvikling af indsatsen for kroniske patienter.

Vigtige målsætninger i indsatsen er bl.a. at bidrage til, at kronisk syge borgere gennem bedre behandling, rehabilitering, pleje m.v. opnår større livskvalitet, samt sikre at indsatsen koordineres, så patientforløb opleves som sammenhængende. Derudover skal strategien imødekomme det fortsat stigende pres, som sundhedsvæsenet oplever, ved at understøtte, at der sker en tidlig opsporing, at der tilbydes forebyggende tiltag, at patienterne udøver egenomsorg m.v.

De grundlæggende principper for indsatsen er beskrevet i sundhedsaftalen og vedrører implementering, arbejdsdeling, koordinering, stratificering, information og kommunikation samt kvalitet.

Under implementering fremgår det af sundhedsaftalen, at der skal tilvejebringes ensartede regionale retningslinjer for strategiens initiativer og at der anbefales nedsat koordineringsgrupper for hvert af de prioriterede sygdomsområder, herunder kronisk hjertesygdom, til at udarbejde regionalt gældende retningslinjer og standarder for sundhedsfaglige ydelser, koordination og kommunikation, stratificering, kompetenceudvikling, kvalitet og opfølgning samt implementering.

Dette grundlag foreligger hermed for hjertesygdom med dette forslag til Forløbsprogram for kronisk hjertesygdom i Region Syddanmark.

1.2. Hvad er et forløbsprogram

Sundhedsstyrelsen definerer et patientforløbsprogram således:

"Et patientforløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk tilstand, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter Målet med forløbsprogrammer er bl.a. at sikre bedre sammenhæng mellem de enkelte tiltag i den samlede indsats og dermed bedre sammenhæng på tværs i sundhedsvæsenet. Samtidig er målet at opnå samme kvalitet og tilbud uanset hvor i regionen borgeren eller patienten bor og endvidere at sikre, at de sundhedsprofessionelle og patienten har ensartet og fælles målsætning med forløbet¹."

Forløbsprogrammer sigter på at opnå en høj kvalitet af indsatsen og patientsikkerhed i hele forløbet samt en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse, herunder ikke mindst fokus på inddragelse af patientens egne ressourcer. Der lægges vægt på en systematisk proaktiv indsats, der forebygger progression af sygdom, akutte episoder og komplikationer, og som har indbygget løbende monitorering af kvaliteten af forløbet.

Der er i Region Syddanmark i samarbejde med kommuner, sygehuse og praksisområdet udarbejdet patientforløbsprogrammer for fire store sygdomsområder: kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes, kronisk hjertesygdom samt rygområdet. Fælles for sygdommene er, at de er udbredte i befolkningen, at patientgrupperne ofte ses i almen praksis og på sygehusene, samt at sygdommene er forbundet med betydelige sociale omkostninger. Disse sygdomme er derfor valgt, da forløbsprogrammerne kan bibringe betydelige forbedringer for denne store gruppe af befolkningen.

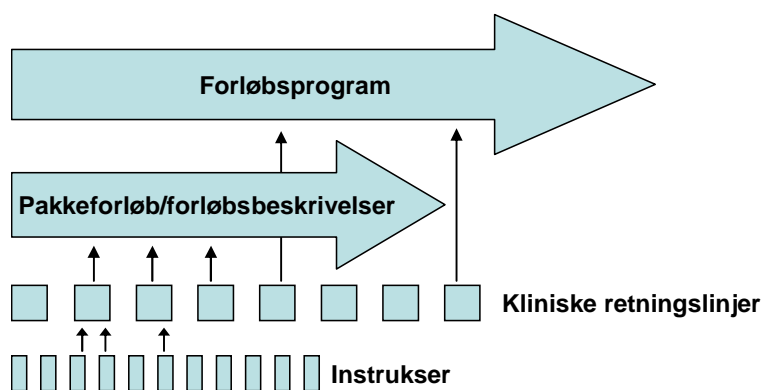
¹ "Forløbsprogrammer for kronisk sygdom", Sundhedsstyrelsen, 2008, side 12-14.

I forhold til Sundhedsstyrelsens definition ovenfor er udgangspunktet for arbejdet med forløbsprogrammer i Region Syddanmark, at best practice må anvendes i den udstrækning tilstrækkelig evidens ikke foreligger og at målet om samme kvalitet godt kan opnås gennem forskellige tilbud.

1.3. Hvordan anvendes forløbsprogrammer

Patientforløbsprogrammerne skal anvendes af fagfolk/sundhedsprofessionelle på sygehuse, i kommuner og almen praksis, der i hverdagen har den daglige kontakt med borgere og patienter. Patientforløbsprogrammernes fokus er organiseringen af patientforløbene og opgavefordeling mellem de deltagende aktører. Et patientforløbsprogram er således den overordnede ramme for de mere detaljerede retningslinjer for den sundhedsfaglige indsats i regionen, som kommer til udtryk i patientforløbsbeskrivelser, reference-programmer, kliniske retningslinjer m.v., jfr. figuren herunder. De kliniske retningslinjer m.v. beskrives dermed ikke her, men der vil dog være henvisninger til relevante vejledninger m.v.

Figur 1: Begrebernes relationer



Inspireret af Sundhedsstyrelsen og DSKS-nyt, nr. 1, marts 2009

1.4. Tilvejebringelsen af forløbsprogrammet

Det administrative Kontaktforum under Sundhedskoordinationsudvalget fik i møde den 23. oktober 2008 forelagt forslag til kommissorier for arbejdet med forløbsprogrammer for de fire udvalgte sygdomsområder, herunder nedsættelsen af en koordineringsgruppe for hvert område med repræsentanter fra regionens sygehuse, kommuner, almen praksis samt sundhedsstaben.

På den baggrund besluttede det administrative kontaktforum, at den overordnede tværsektorielle monitorering af kronikerindsatsen ligger i det administrative kontaktforum, mens den driftsmæssige monitorering ligger i den enkelte organisation.

Sammensætning af koordineringsgruppen for arbejdet på hjerte-området fremgår af bilag 1.

1.5. Forløbsprogrammets opbygning

Udover nærværende introduktion samt en afgrænsning af patientgruppen består forløbsprogrammet af to dele:

- Programmets organisatoriske del fokuserer på det tværsektorielle samarbejde og især organisering og koordinering af den samlede indsats og stratificering af patienterne. Denne del indeholder også afsnit om den forebyggende indsats, rehabilitering, kommunikation, tovholderopgaver og forløbskoordination samt om registrering og kvalitetsmonitorering.

Endelig er der et afsnit om implementering af forløbsprogrammet, herunder forslag til projekter til støtte for implementeringen i de tre sektorer.

- Programmets faglige del fokuserer på indsatsen i henholdsvis almen praksis, kommuner og sygehuse og opstiller rammer for best practice i de tre sektorer.

Endelig indgår i forløbsprogrammet en række bilag af mere faglig karakter, som knytter sig til rapportens forskellige afsnit.

Læs mere

Forløbsprogrammerne findes på Region Syddanmarks hjemmeside på

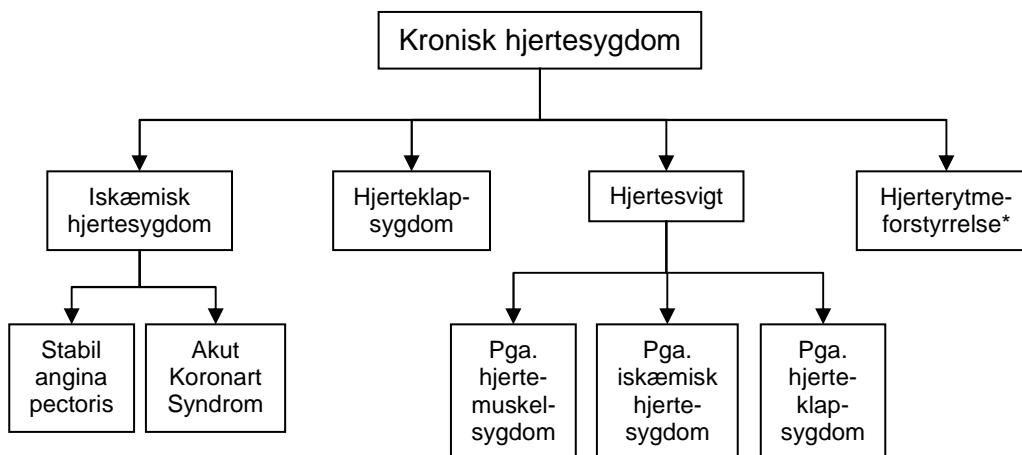
www.regionsyddanmark.dk/kronisksygdom

Her kan du også finde strategien for kronisk sygdom og holde dig opdateret om arrangementer på området.

2. Hjerte-forløbsprogrammets patientgruppe

Forløbsprogrammets patientgruppe er patienter med manifest kronisk hjertesygdom. Hovedparten af de veldefinerede og i Danmark hyppigst forekommende hjertesygdomme er kroniske. Symptombyrden for den enkelte patient er betinget af hjertesygdommens karakter og sværhedsgrad. Behovet for udredning, behandling og rehabilitering må derfor afpasses dette.

Betegnelsen kronisk hjertesygdom er en samlet betegnelse for en række sygdomme i hjertet. De hyppigste kroniske hjertesygdomme kan opdeles i følgende grupper:



* Flertallet af patienter med hjerterytmeforstyrrelser vil kunne behandles tilfredsstillende hos egen læge og/eller på sygehus og har dermed ikke behov for kommunale tilbud.

2.1 Patientantal

Ud fra befolkningsundersøgelser antages det, at over 200.000 personer i Danmark lever med en kronisk hjertesygdom (over 6 måneders varighed)². Det svarer til ca. 43.500 personer i Region Syddanmark. Det antages, at 4.350 personer i Region Syddanmark årligt udvikler kronisk hjertesygdom³.

Forekomst af hjertepatienter i kommuner og praksis – gennemsnitlige tal

	Mindre kommune Ca. 25.000 indb.	Gnstl. Kommune Ca. 50.000 indb.	Større kommune Ca. 100.000 indb.	Lægepraksis Pr. yder
I alt	910	1.800	3.600	55
Nye tilfælde pr. år	90	180	360	5

På nationalt niveau var hjertesygdom i 2005 den tilgrundliggende årsag til over 11.000 dødsfald og godt 100.000 indlæggelser. Af hjertesygdomme udgør iskæmisk hjertesygdom den største gruppe og tegner sig som sygdomsgruppe for flest dødsfald og indlæggelser.

En audit undersøgelse i almen praksis har vist, at der hvert år er ca. 2,7 mio. kontakter til almen praksis som følge af hjerte-kar-sygdom⁴. Hjertesygdomme skønnes at udgøre ca. to tredjedele af

² Sundhed og sygelighed i Danmark og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2005 & Folkesundhedsrapporten. Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

³ Baseret på opgørelser fra Sydvestjysk Sygehus over omfanget af patienter med AKS og revaskulariseret for stabil hjertesygdom samt omfanget af diagnosticerede hjertesvigtspatienter i NIP.

⁴ Folkesygdomme i almen praksis & Audit om "Forebyggelse i Almen Praksis", APO.

hjerter-kar-sygdommene, hvilket svarer til, at der årligt er over 1,7 mio. kontakter til almen praksis som følge af hjertesygdomme.

Behandlingsmæssige fremskridt og en styrket forebyggelsesindsats har i de senere år ført til en nedsat forekomst og dødelighed af hjertesygdomme, især iskæmisk hjertesygdom. Dette til trods er antallet af behandlingskrævende patienter stigende. Det skyldes, at den gennemsnitlige levealder øges og hjertesygdomme er stærkt aldersafhængige.

Udover en udvikling i patienternes sygelighed har en udvikling af flere tilbud til patienter med hjertesygdomme (særligt angina pectoris og hjerterytmeforstyrrelser) også medført kraftige stigninger i indlæggelseshyppigheden⁵.

I alle aldersgrupper gælder det, at mænd i forhold til kvinder tegner sig for flere dødsfald og indlæggelser som følge af sygdomme i hjertet. Derudover er der en klar social skævhed i antal dødsfald og indlæggelser. Personer med kort uddannelse og lav indkomst har større risiko for dødsfald og indlæggelse som følge af hjertesygdom. Den sociale skævhed er størst blandt yngre (35-64 år)⁶.

Det er i en sundhedsøkonomisk analyse estimeret, at en borger med hjertesygdom har et *merforbrug* af forskellige offentlige sundheds- og plejeydelser samt udbetalinger af pengeydelse (forskellige pensioner, sygedagpenge, kontanthjælp m.v.) på ca. 52.500 kr. årligt. Beregninger af den kommunale og regionale finansieringsandel af merforbruget viser, at andelen er nogenlunde ligeligt fordelt⁷.

⁵ Folkesundhedsrapporten. Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

⁶ Folkesundhedsrapporten Danmark 2007, Statens Institut for Folkesundhed & Hjertestatistik 2008. Fokus på køn og sociale forskelle. Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed 2008

⁷ Livsstilssygdomme. Et sundhedsøkonomisk studie. Michael Nyhus Andreasen og Jens Pagh Maltbæk, 2007.

Organisatorisk del : Det tværsektorielle samarbejde

3. Forebyggelse og tidlig opsporing

Kronisk hjertesygdom og andre kroniske sygdomme er i høj grad et resultat af vores livsstil. Med en tidlig og systematisk indsats kan risikoen for sygdom mindskes. Derfor er borgerrettet forebyggelse, identificering af modificerbare risikofaktorer, samt tidlig opsporing af personer med øget risiko for hjertesygdom central.

Målgruppen for indsatsen er borgere i risiko for udvikling af kronisk hjertesygdom.

3.1 Borgerrettet (primær) forebyggelse

Borgerrettet forebyggelse har til formål at holde borgerne raske og undgå at sygdom opstår. Med Sundhedsloven fik kommunerne et entydigt ansvar for den borgerrettede forebyggelsesopgave.

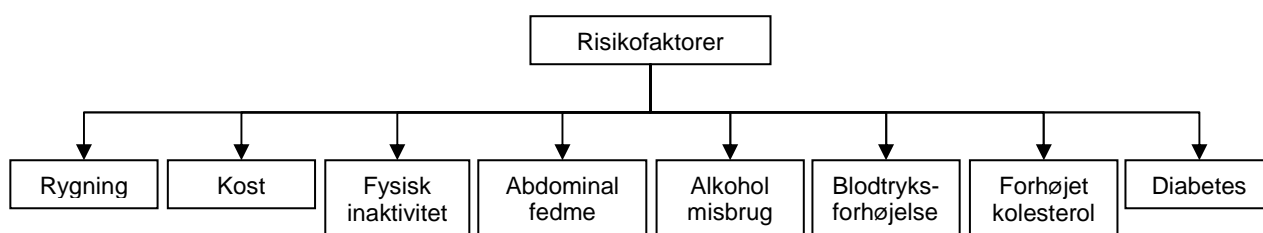
Der er en klar sammenhæng mellem risikofaktorer og kronisk hjertesygdomme, hvorfor kommunerne i den borgerrettede forebyggelsesindsats med fordel kan tage fat på risikofaktorerne. Rådgivning om livsstil er et fundament i forebyggelsen af kronisk sygdom. Det gælder både i forhold til at forebygge at sygdom opstår og at forebygge sygdomsforværringer (borger- og patientrettet forebyggelse).

Kommunerne er i henhold til sundhedsaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme ansvarlige for at etablere gruppebaserede livsstilsinterventioner fx på KRAM-faktorerne⁸.

3.2 Identificering af risikofaktorer

Ansvaret for at identificere risikofaktorer ligger både hos fagpersoner i kommuner, på sygehusene og i almen praksis – men også hos patienten selv. Fagpersoner skal være opmærksomme på risikofaktorer i borgerkontakten – også selv om kontakten måske handler om noget helt andet.

De væsentligste risikofaktorer for kronisk hjertesygdom fremgår af nedenstående.



3.3 Forebyggelse af kronisk hjertesygdom

Der foreligger solid evidens for, at livsstilsændringer reducerer risikoen for kronisk hjertesygdom. De væsentligste risikofaktorer for udvikling af kronisk hjertesygdom er præsenteret nedenfor. Her under gives anbefalinger til den forebyggende indsats over for disse risikofaktorer samt risikofaktorenes betydning for udvikling/forværring af kronisk hjertesygdom.

Rygning

⁸ Sundhedsaftale om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, krav 1

Alle rygere bør forsøges motiveret til rygestop. Rygere, der er motiverede for at holde op med at ryge skal tilbydes hjælp til rygestop. Støtten, der bør bygge på den motiverende samtale, kan bestå af individuel rådgivning og/eller rygestopkursus. Indsatsen kan suppleres med nikotinsubstitution.

Kost

Intervention i forhold til kost skal gøre borgeren/patienten opmærksom på kostens betydning for forebyggelse af sygdomsudvikling og –forværring. Indsatsen skal tilstræbe at motivere og støtte borgeren/patienten i at vælge sunde kostvaner med lavt indtag af mættet fedt og højt indtag af grøntsager, frugt og fisk. Interventionen kan gennemføres individuelt eller i grupper. Det vil være muligt at supplere den teoretiske vejledning med praktiske madlavningskurser.

Fysisk inaktivitet

Borgere/patienter bør gøres opmærksom på motionens betydning for kronisk hjertesygdom og gennem vejledning evt. suppleret med praktisk undervisning motiveres til mindst 30 minutters moderat aktivitet helst alle ugens dage. Ydermere bør voksne anbefales, at motionere 20-30 minutter med høj intensitet mindst to gange ugentligt⁹.

Personer, der motionerer, har 2-3 gange mindre risiko for iskæmisk hjertesygdom end personer, der ikke motionerer. Metaanalyser af undersøgelser af effekten af rehabilitering efter myokardieinfarkt, hvori der bl.a. indgår fysisk aktivitet viser, at personer, der var fysisk aktive, havde en 25 % lavere relativ risiko for recidiv og pludselig død end personer, der ikke var fysisk aktive¹⁰.

Abdominal fedme

Overvægt, særligt abdominal aflejret fedt, øger risikoen for kronisk hjertesygdom, diabetes og hypertension.

Alkohol misbrug

Alle borgere skal opfordres til at overholde Sundhedsstyrelsens anbefalinger, idet øget forbrug kan forårsage hjertelidelse.

Blodtryksforhøjelse

Primær blodtryksforhøjelse er en hyppig lidelse, som rammer cirka 20 % af den voksne danske befolkning. Forekomsten tiltager betydeligt med alderen, således at der er 1-2 % i gruppen 20-30 år og cirka 50 % hos de over 65-årige. Blodtryksforhøjelse er en risikofaktor både for iskæmisk hjertesygdom, andre karsygdomme og cerebral apopleksi¹¹.

Forhøjet kolesterol

Forhøjet kolesterol er en vigtig risikofaktor for iskæmisk hjerte-kar-sygdom, og det gennemsnitlige kolesterolniveau i et land er en god prædikator for hyppigheden af iskæmisk hjerte-kar-sygdom i befolkningen. Behandlingsmål afhænger af om patienten har andre risikofaktorer¹².

Diabetes

Patienter med type 2-diabetes eller forstadier hertil har en 2-4 gange større risiko for at få hjerte-kar-sygdom, og de har dermed større dødelighed end baggrundsbefolkningen. Op mod 75 % af alle patienter med type 2-diabetes dør af hjerte-kar-sygdom, ligesom åreforkalknings sygdom optræder i en tidligere alder.

⁹ Sundhedsstyrelsens anbefalinger til voksne om fysisk aktivitet

¹⁰ Forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom i almen praksis. Klinisk vejledning. Dansk Selskab for Almen Medicin, 2007.

¹¹ I bid

¹² I bid

3.4 Tidlig opsporing

Jo tidligere sygdom opdages, jo bedre vil mulighederne for behandling typisk være efterfølgende. En proaktiv indsats fra sundhedsvæsenets side for at stille diagnosen tidligst muligt kan ændre, at flere kroniske sygdomme først diagnosticeres, når sygdommen er fremskreden – men også give bedre mulighed for at etablere tilbud om forebyggelse.

Tidlig opsporing har til formål at finde kliniske risikofaktorer og diagnosticere sygdom tidligst muligt. Ansvar for tidlig opsporing af hjertesygdom ligger særligt hos almen praksis, men i mindre grad også hos kommunalt sundhedspersonale og på sygehusene.

3.5 Symptomer og kliniske fund

En lang række symptomer kan give mistanke om hjertesygdom og kan i givet tilfælde være betinget af flere mulige hjertesygdomme. Således kan eksempelvis åndenød være udtryk for såvel iskæmisk hjertesygdom, hjerteklapsygdom, hjertesvigt som hjerterytmeforstyrrelse. Det er først ved udredning heraf det kan afklares, hvilken hjertelidelse eller evt. helt anden lidelse, der ligger bag.

Vigtige muligt hjertebetingede symptomer er:

- trykken eller smerter i brystet (med eller uden udstråling til hals, kæbe, ryg eller arme)
- åndenød – i hvile eller under anstrengelse
- hjertebanken eller besvimelse
- almen utilpashed eller klamtsveden
- kvalme eller opkastninger

En række kliniske fund kan ligeledes give mistanke om hjertesygdom, uden dog at kunne specificere denne nærmere. Det drejer sig om:

- mislyd ved stetoskopi af hjertet
- bilyde ved stetoskopi af lungerne
- abnorme fund i hjertekardiogram (EKG)
- måling af forhøjet blodtryk
- tegn på væskeophobning i kroppen (lunger, bughule eller ben)
- abnorme fund ved blodprøvetagning

4. Stratificering og organisering af indsatsen for patienter med kronisk hjertesygdom

Et sammenhængende patientforløb kræver høj grad af koordination og kommunikation mellem almen praksis, kommuner og sygehuse. Målet er, at overgangene skal opleves sammenhængende af patienterne, uanset hvor i systemet de befinder sig.

Indsatsen for patienter med kronisk sygdom skal for størstedelen tilrettelægges og finde sted i almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen.

I komplekse tilfælde vil der være behov for at inddrage den specialiserede ekspertise fra sygehusene. Dette betyder, at patienter med kronisk sygdom kun skal henvises til sygehusene, når egen læge har fundet behov for at inddrage sygehusenes specialister i udredning og behandling.

Alle patienter med kronisk hjertesygdom skal stratificeres for at sikre forankring af ansvaret for den på det pågældende tidspunkt mest hensigtsmæssige behandling og rehabilitering/opfølgning. Ansvar for stratificering ligger hos den læge, der har hovedkontakten til patienten. Det være sig sygehuslæge eller egen læge.

I dette afsnit beskrives bl.a., hvordan patienterne stratificeres til rette behandling hos rette aktør.

4.1 Kriterier for stratificering

De tre aktører – kommuner, almen praksis og sygehuse – involveres i patientforløbet i den udstrækning, der er behov for det, og hvor deres indsats hver især er mest påkrævet. Afgørelsen heraf tager udgangspunkt i en systematisk gruppering af patienterne – stratificeringen.

Patienterne kan overordnet stratificeres efter to dimensioner:

- 1) *Sygdomskompleksitet* – forstået som en sammenvejning af comorbiditet og den enkelte lidelses stadium, og
- 2) *Egenomsorgsevne* bl.a. forstået som evnen til at tage vare på sig selv og medansvar for egen sundhed, sammenholdt med patientens behov for sundhedsprofessionel støtte.

Nedenstående model er et forsimplet billede af virkeligheden og tjener derfor alene som illustration af, hvornår hvilke aktører skal på banen. Stratificeringen kan således anvendes som en støtte i tilrettelæggelsen af det individuelle behandlingsforløb for den enkelte patient.

Figur 3 - Stratificering og koordination af indsatsen for kroniske hjerte-patienter

<p>I. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kliniske risikofaktorer eller stabil hjerte-sygdom - God egenomsorgsevne <p>→ egen læge + patient</p>	<p>II. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akut behandlingskrævende hjerte-sygdom og/eller comorbiditet - God egenomsorgsevne <p>→ egen læge + patient + koordination i sygehus</p>
<p>III. Patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kliniske risikofaktorer eller stabil hjerte-sygdom - Ringe egenomsorgsevne <p>→ egen læge + patient + kommunal koordination</p>	<p>IV. Særligt sårbare patienter med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akut behandlingskrævende hjerte-sygdom og/eller comorbiditet - Ringe egenomsorgsevne <p>→ egen læge + patient + koordination i kommune og sygehus, afhængig af forløbet</p>

4.1.1. Stratificering af patienter med kronisk hjertesygdom

Vurdering af sygdomskompleksitet

Patientens sygdomskompleksitet vurderes ud fra sygdommens sværhedsgrad og/eller tilstedeværelsen af flere samtidige sygdomme.

Patienter, der indlægges med kronisk hjertesygdom, indlægges typisk akut og gennemløber en række specialiserede behandlingstiltag med en efterfølgende igangsætning af rehabilitering. I dette forløb adskiller hjertepatienter sig fra andre kroniske patientgrupper. Det betyder, at sygdommens intensitet i denne fase generelt medfører, at sygdomskompleksiteten vurderes som kompleks.

Sygdomskompleksiteten kan ændres over tid. Patienter, der er stabiliseret, vil blive fulgt løbende i almen praksis, som har mulighed for efter behov at indhente kardiologisk specialrådgivning eller for at genhenvise patienten til ambulans undersøgelse. Kompleksiteten vil fortsat kunne vurderes som stor, såfremt hjertesygdommen ikke har fundet et stabilt leje eller såfremt patienten har alvorlige konkurrerende lidelser og/eller at der i tilknytning til hjertesygdommen er eller opstår komplikationer, som stiller særlige krav til behandling og rehabilitering.

Vurdering af egenomsorgsevne

Egenomsorg defineres af Sundhedsstyrelsen som den sundhedsaktivitet en patient eller anden borger udfører for at forebygge sygdom og fremme egen sundhed¹³. Egenomsorg er et udtryk for individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykosociale konsekvenser samt forandringer i levevis, som følger med at leve med en kronisk sygdom. Egenomsorg omfatter også evnen til at monitorere sin tilstand og effektuere kognitive, adfærdsmæssige og emotionelle reaktioner, som er nødvendige for at opretholde en tilfredsstillende livskvalitet. Der etableres herigennem en dynamisk og kontinuerlig selvreguleringsproces¹⁴.

¹³ Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen, 2005

¹⁴ Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen, 2008.

Egenomsorg handler derfor om flere ting. Det handler både om, at hver enkelt tager bedst mulig vare på sig selv og deltager aktivt i egen behandling ved bl.a. at indgå i et konstruktivt samarbejde med sundhedsprofessionelle. Men egenomsorg handler også om, at sundhedsprofessionelle inddrager patienten i behandlingen ved eksempelvis at tilføre og udstyre patienten med relevante kompetencer og viden. Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på social ulighed i sundhed og det forhold, at ikke alle har lige gode forudsætninger for at udøve egenomsorg. Levevilkår kan spænde ben for, at nogle patienter er i stand til at varetage egenomsorg på en ordentlig måde¹⁵.

Patienters evne til at udøve egenomsorg kan vurderes på baggrund af oplysninger om bl.a. alder, erhvervsuddannelse, socialt netværk¹⁶, comorbiditet - herunder psykisk sygdom, misbrug, økonomi, boligforhold, arbejdsforhold, relation til partner, relation til familie eller børn, tilstedeværelsen af sygdom i nær familie og etnisk baggrund.

Vurdering af kroniske hjertepatienters egenomsorgsevne i almen praksis vil typisk også baseres på den praktiserende læges forudgående kendskab til patienten og erfaringer med compliance.

4.2 Opgavefordeling mellem sektorerne baseret på stratificering

Det er en udfordring at få skabt en sammenhængende indsats på kronikerområdet, så tilbuddene til den enkelte patient hænger sammen. Et sammenhængende patientforløb kræver høj grad af koordination og kommunikation mellem almen praksis, kommuner og sygehuse. Målet er, at overgangene skal opleves sammenhængende af patienterne, uanset hvor i systemet de befinder sig.

Ved en sådan organisering kan det undgås, at de kroniske patienter er indlagt mere end højst nødvendigt, både af hensyn til ressourcerne på sygehusene og af hensyn til patienterne.

4.2.1 Kategori 1 – kronisk hjertepatient med enkel sygdom og god egenomsorgsevne

Den potentielle patientgruppe er patienter med hypertension, forhøjet kolesterol og forkammerflimter. En meget stor gruppe for almen praksis. Patienterne er kendetegnet ved at have kliniske risikofaktorer, men ikke nødvendigvis symptomer. Herudover omfatter gruppen patienter med kronisk hjertesygdom, hvor sygdommen har fundet et stabilt leje.

Patientens kliniske risikofaktorer opdages antageligt ved egen læge. Behandlingsindsatsen fastlægges i samarbejde mellem egen læge og patienten og omfatter modificering af livsstil samt evt. medicinsk behandling. Sygehuseksperise inddrages ikke eller kun i beskedent omfang. Patienten er i stand til at tage vare på sig selv. Primærsektor konsulteres kun til faste kontroller. Kontrolhyppigheden fastlægges i et samspil mellem den praktiserende læge og patienten. For de fleste patienter vil kontrollerne foregå i almen praksis eller alternativt kommunalt sundhedscenter, men enkelte patienter kan selvmonitorere i eget hjem. Selvmonitorering af kroniske hjertepatienter i eget hjem er et potentielt udviklingsområde. Patientforløbet er illustreret i bilag 2, case I.

4.2.2 Kategori 2 – kronisk hjertepatient med kompleks sygdom og god egenomsorgsevne

Den potentielle patientgruppe er patienter med akut behandlingskrævende hjertesygdom eller hjertepatienter, der har konkurrerende lidelser og/eller hvor der er eller opstår komplikationer i tilknytningen til hjertesygdommen.

Hjertepatienten gennemgår udrednings-, behandlings- og påbegynder rehabiliteringsforløb i sygehusregi. Sygehuset udarbejder sammen med patienten en behandlingsplan. Efter afsluttet sygehusforløb fortsætter patientens rehabilitering i kommunen og samtidig opfordres patienten til at bestille tid til kontrol hos egen læge 6 måneder efter indlæggelse og igangsætning af rehabiliteringen. Tovholderfunktionen påhviler herefter egen læge, som i samarbejde med

¹⁵ "Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme", side 18. Sundhedsstyrelsen, 2006.

¹⁶ I gang igen efter blodprop i hjertet. Socialt differentieret hjerterehabilitering. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2007

patienten fastlægger det videre forløb, evt. med inddragelse af sygehusekspertise. Ved behov henvises patienten til forebyggende eller opfølgende og fastholdende tilbud i kommunen. Patientforløbet er illustreret i bilag 2, case II.

4.2.3 Kategori 3 – kronisk hjertepatient med enkel sygdom og ringe egenomsorgsevne

Den potentielle patientgruppe er i forhold til sygdomskompleksitet identisk med kategori 1. Den ringe egenomsorgsevne kan være forårsaget af manglende compliance, misbrug, comorbiditet etc.

Opsporing og udredning af patientens hjertesygdom sker typisk hos egen læge. Sygehusekspertise inddrages ikke eller i begrænset omfang (subakut rådgivning). Egen læge er tovholder og udarbejder sammen med patienten en behandlingsplan. Indsatsen kan omfatte modificering af livsstil, patientuddannelse (rehabilitering), støtte og omsorg til egenbehandling og medicin håndtering samt evt. medicinsk behandling. Forløbet vil primært foregå i kommunalt regi. Egen læge kontakter kommunen vedrørende koordination. Kontroller, herunder medicinjustering, foregår i almen praksis.

Denne patientgruppe tilbydes hyppigere kontrol med støttende og motiverende samtale. Det er vigtigt, at kommunen giver tilbagemelding til almen praksis om status på forløbet og effekten således at almen praksis er klædt på til kontrol. For borgere under 65 år bør kommunen have fokus på at understøtte borgerens muligheder for at fastholde eller få tilknytning til arbejdsmarkedet. Patientforløbet er illustreret i bilag 2, case III.

4.2.4 Kategori 4 – kronisk hjertepatient med kompleks sygdom og ringe egenomsorgsevne

Den potentielle patientgruppe er i forhold til sygdomskompleksitet identisk med kategori 2. Den ringe egenomsorgsevne kan være forårsaget af manglende compliance, misbrug, comorbiditet etc.

Hjertepatienten gennemgår udrednings-, behandlings- og påbegynder rehabiliteringsforløb i sygehusregi understøttet af en sygehuskontaktperson/koordinator. Sygehuset udarbejder sammen med patienten en behandlingsplan. Sygehuset kontakter kommunen vedrørende koordination og orienterer løbende patientens egen læge. Indsatsen i sygehusregi fortsættes med et kommunalt forløb bestående af sygdomsspecifik og evt. generel rehabilitering/patientuddannelse, støtte og omsorg samt forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud. Kontroller efter udskrivelse foregår i sygehusregi eller hos egen læge. Hvis behandlingsansvaret overdrages til egen læge skal sygehuset særskilt give besked herom. For borgere under 65 år skal kommunen have fokus på at understøtte borgerens muligheder for at fastholde eller få tilknytning til arbejdsmarkedet. Patientforløbet er illustreret i bilag 2, case IV.

4.3 Almen praksis som tovholder

I såvel Sundhedsstyrelsens publikationer som kronikerstrategi for Region Syddanmark anbefales det, at alle patienter med kronisk sygdom har en tovholder, der har ansvar for:

- at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- at vurdere patientens helbred løbende
- at følge systematisk op
- at planlægge patientforløbet
- at bidrage til fastlæggelse og løbende revision af behandlingsmål

Tovholderfunktionen indebærer, at almen praksis guider patienten gennem sundhedsvæsenet. Egen læge har kendskab til patientens andre sygdomme, egenomsorgsevne, netværk og viden om hvilke andre forløb patienten gennemgår. Almen praksis arbejder for, at patienten ikke "tabes" mellem sektorer, og at patienten får et hensigtsmæssigt forløb gennem sundhedsvæsenet og henvises til kommunen ved behov.

Nogle patienter har i perioder af deres sygdomsforløb kun sporadisk kontakt til almen praksis. Det kan f.eks. være tilfældet for en kronisk hjertepatient med komplekst sygdomsforløb og ringe

egenomsorgsevne, hvor den sundhedsfaglige indsats primært varetages på specialiseret niveau (sygehus). I disse perioder vil ansvaret for løbende vurdering af patientens helbred, systematisk opfølgning og proaktiv indsats samt støtte til fastholdelse af mål naturligt ligge i sygehusregi.

Det er i disse perioder særlig vigtigt, at tovholderen fortsat er i stand til at varetage sin tovholderfunktion ved løbende at blive orienteret i henhold til parternes aftaler om udveksling af informationer. Det kan ske ved at egen læge løbende orienteres via epikrise og ambulatorienotater eller ved at egen læge deltager i udskrivningskonference eller statusamtaler i ambulatoriet.

4.4 Forløbskoordination i øvrigt

Nogle patienter kan have et særligt behov for støtte, der ligger ud over det, som naturligt varetages af tovholderen, pårørende eller andre aktører, der er involveret i patientforløbet.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at disse patienter tilbydes udvidet støtte til gennemførelse og fastholdelse af behandling og rehabilitering via tilknytning af en forløbskoordinator. Formålet med forløbskoordinering er at sikre støtte til patienter med særlige komplekse behov. Henvielse foretages af tovholderen eller efter aftale med det team, der er ansvarligt for behandling af patienten¹⁷.

4.4.1 Den kommunale indsats

Den kommunale indsats til koordinering af patientforløb skal fokusere på hjælp og støtte til personer med ringe egenomsorgsevne og særligt sårbare patienter. De centrale opgaver, især i relation til patienter med ringe egenomsorgsevne, er beskrevet i programmets faglige del, afsnit 9.

Det er op til den enkelte kommune at tilrettelægge, hvordan opgaverne med koordinering af kronikerforløb mest hensigtsmæssigt indpasses i den kommunale organisation.

4.4.2 Koordination i sygehusregi

Det enkelte sygehus kan koordinere arbejdet med patienter med kronisk sygdom gennem kontaktpersonordninger eller forløbskoordinerende funktioner.

Formålet med koordinering af forløbet i sygehusregi er nærmere beskrevet i den faglige del, afsnit 10.

Koordineringen i sygehusregi skal primært beskæftige sig med patienterne, mens de opholder sig på sygehuset. Før og efter behandling i sygehusregi er det patienternes egen læge (tovholder), der koordinerer forløbet, evt. i samarbejde med kommunen.

Det er op til sygehusledelserne at beslutte, hvordan man organiserer sig bedst muligt på det enkelte sygehus – enten gennem oprettelse af nye funktioner eller gennem udvidelse af eksisterende ordninger¹⁸. Afsnit 10.7 giver eksempler på konkrete opgaver.

4.5 Koordination og kommunikation mellem parterne – herunder elektronisk kommunikation

For at understøtte ambitionen om det sammenhængende forløb for patienter med kronisk hjertesygdom er kommunikation – og særligt elektronisk kommunikation helt nødvendige redskaber for de parter, der skal samarbejde om indsatsen.

I nedenstående præsenteres de mulige kommunikative redskaber som sygehus, almen praksis og kommune kan anvende til at understøtte hjerte-patientforløbet. For uddybning henvises til *Regional samarbejdsaftale om patientforløb i Region Syddanmark: SAM:BO*.

(<http://www.regionsyddanmark.dk/sambo>)

¹⁷ "Forløbsprogram for kronisk sygdom. Generisk model", Sundhedsstyrelsen, 2008, side 31.

¹⁸ "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark", 2008, side 31.

Selvom der er vide muligheder for anvendelse af forskellige elektroniske kommunikationsredskaber, vil der dog fortsat være god brug for den personlige telefoniske kontakt mellem parterne. Det vil fortsat være vigtigt, at man har mulighed for at ringe til hinanden på tværs af sektorerne. (telefonnumre – almen praksis, kommuner (relevante kontaktpersoner i eksempelvis døgnplejen) samt sygehusafdelinger findes på www.visinfosyd.dk)

"Før" sygdom opstår:

Kommunerne beskriver og bekendtgør borgerrettede forebyggelsestilbud på VisinfoSyd.

Ved henvisning fra almen praksis til kommunale forebyggelsestilbud anvendes indtil videre LÆ165 (forslag om socialmedicinsk sagsbehandling). Blanketten forventes i efteråret 2009 afløst af en forebyggelsesspecifik og elektronisk henvisningsblanket.

Kommunen sender tilbagemelding via korrespondancemeddelelse til egen læge med orientering om forløbet og opnået effekt.

Før, under og efter ambulante behandlingsforløb i sygehusregi

Henvisning fra egen læge (ref. Henvisning til indlæggelse/ambulant behandling. Vejledning til udarbejdelse af den gode henvisning. Region Syddanmark)

Løbende orientering af kommune og almen praksis efter hvert ambulante besøg ifølge Samarbejdsaftale om patientforløb i Region Syddanmark: SAM:BO. Gælder både behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Ambulant notat til almen praksis (Ambulantnotat, Vejledning til udarbejdelse af det gode ambulante notat, Region Syddanmark)
Ved behov for rehabilitering indskrives plan herfor i ambulante notat.

Ved behov for *kommunal opfølgning* (f.eks. forebyggende ydelser) fremsendes korrespondancemeddelelse til kommunen.

Før, under og efter indlagt behandlingsforløb i sygehusregi

Ved behov for *subakut specialist rådgivning* fremsender almen praksis korrespondancemeddelelse til Kardiologisk afdeling. Visiterende speciallæge svarer inden for to hverdage.

Ved behov for *supplerende undersøgelser* (røntgen, laboratorieundersøgelser etc.) fremsender almen praksis henvisning.

Henvisning fra egen læge / eller vagtlæge med henblik på indlæggelse. (ref. Henvisning til indlæggelse/ambulant behandling. Vejledning til udarbejdelse af den gode henvisning. Region Syddanmark)

Kommunikation mellem sygehus og kommune ifølge Samarbejdsaftale om patientforløb i Region Syddanmark: SAM:BO.

Efter indlæggelse sender sygehuset et kort sammendrag (*Epikrise*, Vejledning til udarbejdelse af den gode epikrise. Region Syddanmark).

For særligt sårbare (stratificeret i kategori 3+4).
Korrespondancemeddelelse til kommunen med henblik på forløbskoordination.

Rehabilitering m.v.:

Ved behov for *specialiseret genoptræning* fremsender sygehuset kopi af elektronisk genoptræningsplan til egen læge og kommune

Ved behov for *almen genoptræning* fremsender sygehuset elektronisk genoptræningsplan til kommune og kopi til egen læge

Henvielse til *kommunale forebyggende og/eller rehabiliterende ydelser* forudsætter, at kommunen har beskrevet og bekendtgjort tilbuddene på VisinfoSyd

Efter *endtl. rehabilitering* i kommunalt regi fremsender kommunen en korrespondancemeddelelse til egen læge med orientering om forløbet og opnået effekt.

For patienter stratificeret i kategori 4 (kompleks sygdom, ringe egenomsorgsevne) endvidere:

- Ved opstart af rehabilitering fremsender sygehuset korrespondancemeddelelse til kommunen med henblik på forløbskoordination i kommunen.

Langvarige forløb, aftale om orientering efter kontrol / opfølgning

Almen praksis fremsender korrespondancemeddelelse til sygehuset såfremt patienten også går i forløb på sygehuset.

Sygehuset fremsender ambulante notat til egen læge efter alle kontakter.

Vejledninger til udarbejdelse af nedenstående findes på www.visinfosyd.dk:

- Den gode henvisning til indlæggelse/ambulant behandling
- Det gode ambulante notat
- Den gode korrespondancemeddelelse
- Den gode henvisning til røntgen og nuclearmedicin
- Den gode epikrise

4.6 Begrebsgrundlag for opgavefordelingen vedr. personer med kronisk sygdom

Forløbsprogrammerne i Region Syddanmark bygger på følgende nationale definitioner i forståelsen af opgaver der knytter sig til varetagelsen af personer med kronisk sygdom:

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgernes hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats."

Kilde: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Marselisborg Centret, 2004

"Genoptræning efter sundhedsloven defineres som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt."

Kilde: Vejledning om træning i kommuner og regioner, december 2009

"Forebyggelse ...handler også om at forebygge at sygdom udvikler sig yderligere og om at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer. Den patientrettede forebyggelse tager sigte på at optimere behandlingen og at sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv."

Kilde: Forslag til sundhedslov. Generelle bemærkninger til lovforslaget.

”Patientuddannelse defineres som undervisning af patienter med en diagnosticeret sygdom i en struktureret undervisning, individuel eller rettet til grupper af patienter og eventuelt pårørende. Undervisningen kan være sygdomsspecifik og rettet til patienter med en given sygdom eller generel rettet til patienter med forskellige sygdomme. Patientuddannelse indgår i den patientrettede forebyggelse.”

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Patienten med kronisk sygdom – selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog.

”Nogle patienter med kroniske sygdomme har behov for en helhedsorienteret rehabiliteringsindsats...Indsatser, som indgår i en samlet rehabiliteringsindsats, er ofte patientrettet forebyggelse og genoptræning, ...Denne begrebsafklaring viser, at patientuddannelse og genoptræning skal ses som dele af en overordnet rehabiliteringsindsats.”

Kilde: Sundhedsstyrelsen: Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. 2009

Begrebsgrundlaget indebærer, at den bærende kommunale indsats i de tværsektorielle og tværfaglige patientforløbsprogrammer er rehabilitering herunder patientrettet forebyggelse, patientuddannelse og genoptræning med det formål, at borgeren/patienten, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Regionen varetager i forhold til personer med kronisk sygdom udrednings- og behandlingsopgaver. Endvidere varetager regionen rehabiliteringsopgaver i tilknytning til behandlingen primært under indlæggelsen.

Hvis der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus udarbejdes en genoptræningsplan. Genoptræningen skal rette sig mod, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne; bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

4.7 Principper for sygdomsspecifik rehabilitering af kroniske hjertepatienter

I henhold til sundhedsaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, er sygehusene ansvarlige for at tilbyde specialiseret sygdomsspecifik patientuddannelse, mens kommunerne er ansvarlige for at tilbyde almen patientuddannelse, der både kan være sygdomsspecifikke og gå på tværs af diagnoser.

Sygehus og kommune har et fælles ansvar for at sikre kvalitetssikrede og sammenhængende patientuddannelses-/rehabiliteringsforløb. Det anbefales, at planlægning og kapacitetstilpasning af sammenhængende sygdomsspecifikke patientuddannelses-/rehabiliteringstilbud drøftes i fællesskab i regi af de lokale samordningsfora.

4.7.1 Rehabilitering af kroniske hjertepatienter

Hjerterehabilitering er en fælles betegnelse for efterbehandlingen af patienter med kronisk hjertesygdom. Der er evidens for, at hjerterehabilitering for visse hjertesygdommes vedkommende har effekt. For patienter med iskæmisk hjertesygdom foreligger der videnskabelig evidens for, at patienterne opnår forbedret overlevelse og forbedret kontrol af risikofaktorer (kolesterol, blodtryk, tobaksrygning) ved gennemførelse af hjerterehabiliteringsforløb, samt at patienter med hjertesvigt opnår forbedret livskvalitet og forbedret overlevelse ved rehabilitering¹⁹.

Formålet med hjerterehabilitering er at mindske patientens symptomer via bedst mulig medicinsk behandling samt forbedring af patientens funktionsniveau gennem fysisk træning, via viden om sygdom og symptomer at gøre patienten i stand til at håndtere sin kroniske sygdom og dermed

¹⁹ Dansk Cardiologisk Selskabs holdningspapir vedr. Fysisk træning ved iskæmisk hjertesygdom og kronisk hjerteinsufficiens, 2008.

minimere graden af invaliditet således det er muligt for patienten at vende tilbage til en personligt tilfredsstillende rolle i samfundet²⁰.

Hjerterehabilitering omfatter ifølge nationale retningslinjer for hovedparten af hjertepatienter et tilbud i 3 faser af tilsammen minimum 12 ugers varighed. Fase 1 foregår som oftest i forbindelse med indlæggelse eller ambulante udredning og påbegyndes allerede i første indlæggelsesdøgn eller umiddelbart efter endt ambulant diagnostik og behandling. Der udarbejdes en rehabiliteringsplan. Fase 2A indledes efter 1-2 uger for at sikre hurtig iværksættelse af rehabiliteringsplanen og dermed fastholdelse af patienten i rehabiliteringsforløbet. Fase 2A bør med henblik på at minimere frafald overgå direkte i fase 2B og senere direkte videre i den opfølgende og fastholdende fase 3.

Et samlet og velkoordineret rehabiliteringsforløb anbefales i de nationale retningslinjer at omfatte delelementerne:

- Visitation til og planlægning af et individuelt program
- Patientinformation og undervisning
- Rygeophør
- Kostomlægning
- Fysisk træning (genoptræning)²¹
- Psykosocial omsorg
- Symptomatisk og forebyggende medicinsk behandling
- Kontrol, opfølgning og vedligeholdelse²².

Sygehusene er i henhold til principperne for sygdomsspecifik patientuddannelse, jf. sundhedsaftalerne, ansvarlige for varetagelse af rehabiliteringsforløbet i fase 1 og fase 2A, som af patientsikkerhedsmæssige årsager forudsætter mulighed for akut livreddende indsats. Kommunerne er ansvarlige for varetagelse af rehabiliteringsforløbet i fase 2B og fase 3.

For sygehusenes vedkommende vil rehabiliteringsforløbet være differentieret i forhold til hjertediagnose, jf. afsnit 10. Differentiering af rehabiliteringen i forhold til diagnose er ikke nødvendigt i kommunalt regi.

²⁰ Hjerterehabilitering på danske sygehuse. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Hjerteforeningen og Dansk Cardiologisk Selskab, 2004.

²¹ Genoptræningsforløbsbeskrivelse for patienter i hjerterehabiliteringsforløb. Region Syddanmark i samarbejde med de 22 kommuner i regionen, 2009. (Materialet er i høring).

²² Hjerterehabilitering på danske sygehuse. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Hjerteforeningen og Dansk Cardiologisk Selskab, 2004.

5. Monitorering af hjerte-forløbsprogrammet

Det er en del af Region Syddanmarks beslutning om at udarbejde forløbsprogrammer på fire udvalgte områder, at disse forløbsprogrammer skal kvalitetsmonitoreres. Dvs. det er besluttet, at der skal foretages en monitorering af, i hvilken udstrækning indholdet i forløbsprogrammerne bliver implementeret og om forløbsprogrammerne har den ønskede effekt på kvaliteten. Monitoreringen skal gøre det muligt at følge udviklingen over tid og foretage tværgående sammenligninger for en række kvalitetsindikatorer, således at kvaliteten af patientforløbene kan følges og evt. indsatsområder identificeres.

5.1 Diagnose og kontaktregistrering

Der bør foretages registrering af diagnoser for alle personer med kronisk hjertesygdom, uanset om diagnosticering finder sted hos almen praksis, i speciallægepraksis eller i sygehussektoren. Herudover bør det tilstræbes, at alle kontakter, der vedrører personens hjertesygdom, registreres i såvel almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen som det specialiserede sundhedsvæsen.

5.1.1 Diagnose- og kontaktregistrering i almen praksis

Hjertepatienter i almen praksis bør diagnose- og kontaktregistreres med ICPC-koder²³. Data fra diagnose- og kontaktregistrering i almen praksis bør opsamles i Dansk AlmenMedicinsk Database, DAMD.

Diagnoseregistrering er en forudsætning for at få overblik og systematik i behandlingen af kroniske hjertepatienter i almen praksis.

5.1.2 Diagnose- og kontaktregistrering på sygehus

Hjertepatienter i behandling (ambulant eller indlagt) på sygehus diagnose- og kontaktregistreres med en lang række aktionsdiagnoser fra ICD-systemet koder i gruppen DI 00-53. Data fra diagnose- og kontaktregistrering i sygehusvæsenet opsamles i Landspatientregisteret.

5.1.3 Registrering i kommunen

I sundhedsaftalerne 2008 er følgende fastlagt om opfølgning: "Kommunerne i Region Syddanmark vil etablere kvalitetsmonitorering med fokus på koordinering, kontinuitet, indhold og overdragelse. Kommunerne vil indgå i udviklingsarbejde med henblik på at fremme mulighederne for systematisk kvalitetsmonitorering af tværsektorielle patientforløb."

Af hensyn til kvalitetsmonitorering af de tværsektorielle patientforløb anbefales at de eksisterende systemer til diagnose- og kontaktregistrering i kommunerne tilpasses så de kan understøtte en systematisk opsamling af data, herunder identifikation af diagnoser og vurderinger af funktionsevne.

Det anbefales at journalnotater, funktionsevnevurderinger, afslutningsstatus mv. fremover baseres på ICF-terminologien²⁴, der er i overensstemmelse med Fællessprog 2.

5.2 Kvalitetsmonitorering af kronikerforløb – herunder kronisk hjertesygdom

Den målrettede monitorering af forløbsprogrammer for kronisk syge bør fokusere på processer og sammenhæng, herunder især

- Om de ydelser der foreskrives i forløbsprogrammet leveres til de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt og i det anbefalede regi
- Om der sker en samlet planlægning og koordinering af indsatsen i samarbejde med patienten

²³ ICPC: International Classification of Primary Care (kan konverteres til ICD-10 koder).

²⁴ International klassifikation af funktionsevne og funktionsevnededsættelse

Behandlingskvaliteten for patienter med kronisk hjertesygdom overvåges gennem indberetninger til bl.a. Det Nationale Indikatorprojekt og andre kliniske databaser. Blandt disse indikatorer er følgende af særlig relevans for de tværsektorielle forløb:

<i>NIP-hjerteinsufficiens:</i>

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Andel patienter der har fået tilbudt fysisk træning• Andel patienter der har fået tilbudt patientskole• Andel patienter der er blevet genindlagt inden for 4 uger |
|---|

Note: Ved "andel patienter" forstås andelen af de patienter, der er indberettet til NIP-databasen.

For så vidt angår *samarbejde og kommunikation i patientforløbene* generelt fastlægger de regionale samarbejdsaftaler om tværsektorielle patientforløb indikatorer for monitorering af kommunikationen gennem datatræk og for samarbejdet i øvrigt gennem journalaudit. Det anbefales at der arbejdes med en operationalisering af disse muligheder.

For så vidt angår *den patientoplevede kvalitet* foreligger som kilde dels de landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser (LUP) hvor der vil kunne trækkes på udvalgte spørgsmål om overgange i forløb og samarbejdet mellem sygehus og primærsektor. Det er imidlertid ikke muligt at trække oplysninger på bestemte diagnosegrupper. Dette vil således kræve særlige undersøgelser, hvilket anbefales gennemført efter en ensartet fremgangsmåde på tværs af regionen.

Det *overordnede tværsektorielle perspektiv*, som forløbsprogrammet rummer, er udmøntet i en række særlige proceselementer, som det vil være relevant at monitorere på.

Da størstedelen af ydelserne for langt de fleste patienter finder sted i almen praksis eller kommunalt regi, hvor den nuværende registrering er utilstrækkelig, betyder det at en screening på proceskvaliteten kun kan gennemføres ved auditering.

Udvælgelse af auditeringsmålgruppe, -omfang og hyppighed bør som hovedregel ske ved en lokal prioritering i lokale samordningsfora. Initialt forventes opstillet nogle regionalt gældende minimumskrav.

Det anbefales at der nedsættes en arbejdsgruppe med såvel klinisk som monitoreringsmæssig kompetence til at specificere monitoreringspunkterne i audits.

6. Implementering

6.1. Implementering ifølge sundhedsaftalerne

Opbygningen af indsatsen på hjerte-området, der er beskrevet i dette forløbsprogram, vil kræve en høj grad af koordinering og må forventes at strække sig over en årrække. En fuldstændig gennemførelse vil kræve omfattende organisering af såvel praksisområdet som dele af de kommunale sundhedstilbud. Gennemførelsen må ske i den takt, der skabes konsensus om og ressourcer til.

6.2 Implementeringen koordineres i de lokale samordningsfora

Implementeringen af de enkelte patientforløbsprogrammer koordineres mellem det enkelte sygehus og kommuner samt praksis i de lokale samordningsfora. Det er bl.a. de lokale samordningsforas opgave at sikre gensidig information om opbygningen af tilbud i overensstemmelse med forløbsprogrammerne. Dertil er det deres opgave at tage initiativ til fælles kompetenceudvikling, samt sørge for nærmere aftaler om samspillet om patientforløb mellem kommuner, sygehus og almen praksis som tovholder. Endvidere skal sygehusene aftale sammenhængende patientuddannelsesforløb med den enkelte kommune.

Derudover skal de lokale samordningsfora som led i de årlige afrapporteringer til Sundhedskoordinationsudvalget, beskrive de aftaler og initiativer der er indgået som led i implementeringen af patientforløbsprogrammerne.

De kommende års arbejde med implementering af forløbsprogrammerne for kroniske sygdomme vil blive fulgt af Sundhedskoordinationsudvalget, som led i udvalgets opfølgning på sundhedsaftalerne og sikring af sammenhængende patientforløb.

Udviklingen af samarbejdet vil i årene 2010-12 blive understøttet gennem Region Syddanmarks og kommunernes udmøntning af regeringens puljer til styrkelse af indsatsen for den kroniske patient i form af en række samarbejdsprojekter.

6.3 Implementeringsprojekter på hjerteområdet

Følgende projekter foreslås af arbejdsgruppen til at understøtte implementeringen af forløbsprogrammet på hjerteområdet. Finansieringen af projekterne skal ske gennem de centralt afsatte midler til kronisk sygdom, og godkendelse m.v. af projekterne afhænger dermed af, hvordan midlerne udmøntes fra centralt hold. Nedenstående er således udelukkende arbejdsgruppens *forslag* til implementeringsprojekter.

6.3.1 Kortlægning af årsager til fravalg og frafald blandt patienter tilbudt hjerterehabilitering

Stikprøveopgørelser ved etablerede rehabiliteringstilbud på sygehusene i Region Syddanmark tyder på, at 10 – 15 % af de indkaldte patienter ikke møder op/melder fra til første besøg og at yderligere 10 – 15 % falder fra allerede i fase 2. Nogle fravælger tilbuddet om fysisk rehabilitering, andre patientundervisningsdelen og andre dropper ud undervejs.

Nyttevirkningen af såvel fysisk genoptræning som af undervisning i sygdomsindsigt og dermed øget evne til egenomsorg er veldokumenteret og er relateret til færre genindlæggelser og bedre funktionsevne.

Formålet med projektet er at opnå viden om årsager til, at hjertepatienter fravælger hjerterehabilitering og hvorfor nogle hjertepatienter falder fra undervejs i forløbet. Projektet vil både have fokus på fravalg/fracald fra rehabilitering inden for de enkelte sektorer og mellem sektorer.

6.3.2 Udvikling af Patientens Plan

Det er vigtigt, at personen med kronisk hjertesygdom får en plan for sit behandlingsforløb. Planen skal have som primært formål at understøtte egen medvirken og medansvar hos personen med kronisk hjertesygdom i patientforløbet ved at rumme den grundlæggende individuelle information og aftaler med lægen.

Som del af implementeringen af forløbsprogrammerne tager Region Syddanmark initiativ til at udvikle kommunikations- og støtteredskabet Patientens Plan.

Det vil for de fleste personer med kronisk hjertesygdom være en opgave for den praktiserende læge at udarbejde Patientens Plan og i den forbindelse henvise til forebyggende tilbud. Hvis sygehuset koordinerer patientforløbet, er det lægen på sygehuset, der laver planen.

I samarbejde med personen med kronisk hjertesygdom bør lægen fastlægge følgende fremadrettede punkter:

- Målsætning for indsatsen
- Hovedpunkter i behandlinger, herunder selvmonitorering, egenbehandling og konsultationer med tidspunkter
- Henvielse til ambulatorium mv.
- Henvielse til kommunale ydelser

6.3.3 Kommunalt patientuddannelseskoncept på tværs af hjerte-, diabetes- og KOL-området

Region og kommuner har et fælles ansvar for at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløbet, herunder at varetage og understøtte gennemførelsen af sygdomsspecifikke patientuddannelsesforløb. Flere kommuner har dog ikke et tilstrækkeligt patientgrundlag og/eller kompetencer og ressourcer til at etablere sygdomsspecifikke patientuddannelsesforløb. Det gør, at flere kommuner ikke har patientuddannelsesforløb til personer med kronisk sygdom.

Formålet med projektet er at udvikle et patientuddannelses-/rehabiliteringskoncept til små og mellemstore kommuner, der går på tværs af diagnoserne hjerte, diabetes og KOL. Et koncept for kommunal patientuddannelse skal understøtte den patientrettede forebyggelsesindsats i kommunerne. Et særligt fokusområde i projektet bliver at opnå viden om betydningen af pædagogiske metoder.

6.3.4 Udvikling af kommunale koordinatorfunktioner

Udvikling af modeller for kommunale koordinatorfunktioner for kronisk hjertesygge borgere/patienter med ringe egenomsorgsevne

6.3.5 Udvikling af sygehus koordinatorfunktioner

Udvikling af modeller for sygehus koordinatorfunktioner for hjertepatienter. Både i selve behandlingsforløbet og indtil ansvaret for patientforløbet overdrages til almen praksis (kan strække sig over en periode på ½-1 år).

Faglig del: Rammer for den sundhedsfaglige indsats

7. Fagligt grundlag

I denne del af forløbsprogrammet gives en kort introduktion til den ønskelige fremtidige sundhedsfaglige indsats i de tre sektorer samt når det gælder patientens egne mulige indsats. Der er ikke tale om en gengivelse af de enkelte kliniske vejledninger, men mere et kort fagligt overblik.

Beskrivelsen skal opfattes som en indkredsning af best practice i de tre sektorer, og som en ramme for aktiviteterne, der arbejdes hen imod over de kommende år. Som nævnt i indledningen er udgangspunktet for arbejdet med forløbsprogrammer i Region Syddanmark, at best practice må anvendes i den udstrækning tilstrækkelig evidens ikke foreligger og at målet om samme kvalitet godt kan opnås gennem forskellige tilbud.

Som nævnt i kapitel 6 om implementering vil initiativerne i opbygningen af den fremtidige indsats kræve en høj grad af koordinering og må forventes at strække sig over en årrække. En fuldstændig gennemførelse vil kræve omfattende organisering af såvel praksisområdet som dele af de kommunale sundhedstilbud. Gennemførelsen må ske i den takt, der skabes konsensus om og ressourcer til. De lokale samordningsfora koordinerer den lokale udmøntning, herunder hvilke tiltag henholdsvis sygehuse, kommuner og almen praksis tager i opbygningsfasen.

7.1 Evidensbaserede kliniske retningslinjer og anbefalinger

På hjerteområdet foreligger der en række nationale evidensbaserede kliniske retningslinjer, der kan understøtte den sundhedsfaglige indsats over for patienterne.

Dansk Selskab for Almen Medicin har i 2007 publiceret en klinisk vejledning for "*Forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom i almen praksis*". www.dsam.dk/flx/publikationer/kliniske_vejledninger/

Dansk Cardiologisk Selskab udgiver årligt "*Den Nationale kardiologiske Behandlingsvejledning*". I 2008 udgav selskabet "*Fysisk træning ved iskæmisk hjertesygdom og kronisk hjerteinsufficiens – et holdningspapir*". Herudover har selskabet udgivet kliniske rapporter vedr. "*Hjerteinsufficiens*" fra 2007, "*Akut koronar syndrom*" fra 2004 og "*Hjerteklapsygdom*" fra 2001. www.cardio.dk

Sundhedsstyrelsen har i 2008 udarbejdet pakkeforløb for "*Ustabil angina pectoris og akut myokardieinfarkt uden ST-segment elevation i EKG (NSTEMI). Ustabile hjertekramper og blodprop (NSTEMI) i hjertet*", for "*Angina pectoris. Stabile hjertekramper*" og for "*Hjertesvigt og hjerteklapsygdom*", 2008. www.sst.dk

I forhold til rehabiliteringen af hjertepatienter udgav Sundhedsstyrelsen i 2004 "*Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse*". Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Hjerteforeningen og Dansk Cardiologisk Selskab understøttede vejledningen med publikationen "*Hjerterehabilitering på danske sygehuse*", 2004. Disse retningslinjer er i 2007 blevet fulgt op af "*Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen*" udarbejdet af Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Hjerteforeningen i samarbejde med Dansk Cardiologisk Selskab, Danske Regioner, Dansk Selskab for Almen Medicin, Kommunernes Landsforening og Kræftens Bekæmpelse.

8. Den sundhedsfaglige indsats i almen praksis

Almen praksis skal i kronikerindsatsen, herunder indsatsen for hjertepatienter, fungere som tovholder for patienten jf. afsnit 4.3. Samtidig skal almen praksis varetage forebyggende, diagnosticerende og behandlende opgaver samt henvise til rehabiliterende tilbud. Det er i den sammenhæng vigtigt, at almen praksis fungerer som en integreret aktør i en fælles kronikerindsats i samarbejde med sygehus og kommune.

8.1 Definition af tovholderrollen:

I såvel Sundhedsstyrelsens publikationer som Kronikerstrategi for Region Syddanmark anbefales det, at alle patienter med kronisk sygdom har en tovholder, der har ansvar for:

- at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats
- at vurdere patientens helbred løbende
- at følge systematisk op
- at planlægge patientforløbet
- at bidrage til fastlæggelse og løbende revision af behandlingsmål.

Tovholderfunktionen indebærer, at almen praksis guider patienten gennem sundhedsvæsenet. Egen læge har kendskab til patientens andre sygdomme, egenomsorgsevne, netværk og viden om hvilke andre forløb patienten gennemgår. Almen praksis arbejder for, at patienten ikke "tabes" mellem sektorer, og at patienten får et hensigtsmæssigt forløb gennem sundhedsvæsenet og henvises til kommunen ved behov.

Den sundhedsfaglige indsats i almen praksis beskrevet nedenfor tager udgangspunkt i DSAM's kliniske vejledning samt "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark".

Som supplement til overenskomsten mellem danske regioner og almen praksis, er der indgået en række lokale aftaler (§2-aftaler). En del af disse har til hensigt at understøtte det gode patientforløb.

Aftalerne er listet op i bilag 5 og kan ses på *Visinfosyd* <http://www.visinfosyd.dk/wm261599>

8.2 Identificering af risikofaktorer

Almen praksis skal i patientkontakten være opmærksom på patientens livsstil og ved behov tilbyde en forebyggende indsats i relation til risikofaktorerne rygning, kost, fysisk inaktivitet, alkohol og overvægt. Formålet er at mindske risikoen for, at sygdom opstår.

Almen praksis kan i aftalte forebyggelseskonsultationer ved praktiserende læge eller praksispersonale tilbyde individuel rådgivning og støtte af patienten med henblik på opnåelse af livsstilsændringer. Almen praksis kan også henvise til forebyggelsestilbud i kommunen jf. afsnit 8.6.

8.3 Tidlig opsporing

Målgruppen omfatter både patienter uden symptomer på iskæmisk hjertesygdom og patienter med manifesteret iskæmisk hjertesygdom (post-AMI, angina pectoris, bypass-opererede, ballondilatationsopererede m.fl.), idet denne patientgruppe har en forøget risiko for nyt myokardieinfarkt og død²⁵.

De indikationer, der for patienter uden symptomer på iskæmisk hjertesygdom bør udløse en risikovurdering i almen praksis er patientens ophobning af kliniske risikofaktorer, særligt med fokus på dyslipidæmi, hypertension, rygning og diabetes. Endvidere bør alle patienter med familiær disposition for hyperkolesterolemie og hypertension eller som er familiemedlem til patienter med tidlig opstået iskæmisk hjertesygdom få foretaget risikovurdering i almen praksis.

²⁵ Klinisk vejledning. Forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom i almen praksis. Dansk Selskab for Almen Medicin, 2007

Risikoen skal ikke vurderes på baggrund af en enkelt risikofaktor, men på baggrund af patientens totale risiko for at få iskæmisk hjertesygdom. Konkret risikovurdering kan baseres på SCORE-systemet²⁶ (se bilag 6), som er beregnet til at forudsige patientens 10-års risiko for at dø af iskæmisk hjertesygdom. SCORE-systemet estimerer risikoen på baggrund af køn, alder, systolisk blodtryk, total kolesterol og rygning. Se bilag 6 for risikoskema til brug for patienter uden tegn på iskæmisk hjerte-kar-sygdom eller diabetes.

Formålet med at foretage risikovurdering i almen praksis er at give lægen og patienten mulighed for at lægge en strategi, der kan standse sygdomsprogression. Strategien omfatter iværksættelse af forebyggende indsats der kan indeholde både rådgivning om og støtte til livsstilsforandringer samt farmakologisk behandling. Målene for lipidsænkende og antihypertensiv behandling findes i de gældende kliniske retningslinjer http://www.dsam.dk/flx/publikationer/kliniske_vejledninger/

Almen praksis skal i forhold til tidlig opsporing også være opmærksom på patienter med type 2-diabetes og perifer aterosklerose, idet disse patienter har forøget risiko for iskæmisk hjertesygdom.

8.4 Udredning og diagnostik, herunder henvisning til kardiologisk speciale

I almen praksis er fokus på tidlig opsporing. Patienter med kendte risikofaktorer følges. For patienter med hjertesuspekterede symptomer, der henvender sig til almen praksis/vagtlæge (telefonisk eller i konsultation) bør udredning planlægges.

Ved mistanke om akut koronart syndrom, livstruende hjerterytmeforstyrrelse, akut hjerteklapsygdom eller betydende hjertesvigt bør patienten indlægges til akut udredning og behandling på specialafdeling jf. afsnit 10.4. Ved stabile og ikke-livstruende symptomer kan udredning påbegyndes af egen læge, eller patienten kan henvises til praktiserende speciallæge eller ambulante udredning i sygehusregi. Egen læge følger guidelines, som ændres i takt med ny viden. Vejledninger fra DSAM danner grundstenene.

Almen praksis behandler gruppen af patienter med enkel sygdom. Almen praksis laver undersøgelser og supplerer med paraklinik via laboratorier, og kan henvise til røntgen af thorax. Via kardiologisk afdeling kan der suppleres med yderligere diagnostik. Ventetiden følger ventetidsgarantierne. Almen praksis bør have mulighed for let kontakt til speciallæge på kardiologisk afdeling til faglig sparring.

Supplerende undersøgelse

For nogle patienter er der i forbindelse med udredning behov for at få foretaget supplerende undersøgelser i sygehusregi (eks. Ekkokardiografi, røntgen af thorax, Holter monitorering og evt. døgn blodtryk). Der sendes en henvisningsblanket.

En del af patientgruppen har mulighed for at indgå i pakkeforløb bestående af ekkokardiografi, hvor undersøgelserne gennemføres inden for 2 uger jf. pakkeforløb for hjerterytmeforstyrrelser. For andre patienter gælder en maksimal ventetid inden for en måned.

Pakkeforløb

På hjerteområdet er der beskrevet pakkeforløb for fire ikke-akutte livstruende sygdomme (hjertesvigt, hjerteklapsygdom, stabil angina pectoris og ustabil angina pectoris/blodprop i hjertet NSTEMI). Et pakkeforløb beskriver hele det tids- og indholdsmæssige forløb fra begrundet mistanke om kronisk hjertesygdom, gennem udredning, diagnose, behandling og rehabilitering. Det er målet, at pakkeforløb kan bidrage til at skabe bedst mulige forløb med patienten i centrum.

²⁶ SCORE: Systematic COronary Risk Evaluation

Almen praksis kan efter fastlagte procedurer henvise til pakkeforløb. En forudsætning for et hurtigt pakkeforløb er, at henvisningen indeholder sufficente oplysninger om symptomatologi og risiko. Henvisningen fremsendes elektronisk til kardiologisk/medicinsk afdeling²⁷. Gældende forløbsbeskrivelser for henvisning til pakkeforløb er tilgængelige på <http://www.visinfosyd.dk/wm270552>.

Den praktiserende læge er ved henvisning ansvarlig for at orientere patienten om muligheden for iværksættelse af pakkeforløb, herunder udlevere relevant informationsmateriale²⁸.

8.5 Individuel behandlingsplan

Patienter med kronisk hjertesygdom, har ofte behov for en bred vifte af forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser – udført af forskellige aktører. Som udgangspunkt er det den praktiserende læges opgave at være tovholder for patientens samlede forløb.

I de tilfælde hvor patienter med kronisk hjertesygdom indlægges og behandles på sygehuset er det sygehusets opgave at varetage tovholderfunktionen. Ansvar overdrages til almen praksis når patienten er udskrevet og evt. specialiseret rehabiliteringsforløb er igangsat. Almen praksis modtager i umiddelbar forbindelse med udskrivningen epikrise, der følger "Den gode epikrise".

Som tovholder fastlægger egen læge i samråd med patienten en plan for patientens videre forløb gennem sundhedsvæsenet og planen noteres i journalen.

Behandlingsplanen beskriver status ud fra fagligt evaluerede og veldefinerede kriterier og kan for eksempel indeholde følgende fremadrettede punkter:

- Målsætning for indsatsen
- Hovedpunkter i behandlinger, herunder selvmonitorering, egenbehandling og kontroller med tidspunkter
- Henvisning til kommune ydelser
- Henvisning til kommunal koordinator ved behov

Patienterne kan også inddrages i anvendelsen af fremtidige teknologier (herunder telemedicin, anvendelse af SMS i patientkontakten) samt desuden inddrages i shared care modeller.

8.6 Henvisning til kommunale tilbud – sundhedsfremme og forebyggelse m.v.

Ved identificering af personer med behov for intervention i forhold til livsstilsfaktorer kan almen praksis i henhold til sundhedsaftalerne ud fra en lægefaglig vurdering henvise patienten til livsstilsintervention i patientens hjemkommune forudsat kommunen har bekendtgjort og beskrevet et tilbud på VisInfoSyd.

I forbindelse med henvisning til kommunale forebyggelsestilbud bør almen praksis orientere sig om indholdet i det kommunale tilbud, herunder eventuelle kriterier for deltagelse. Henvisning til kommunen er generisk. Det betyder, at den henvisende part – her almen praksis – beskriver patientens problemstilling og behovet for forebyggende tilbud, hvorefter det er op til kommunen at visitere borgerens til et konkret tilbud²⁹.

Som henvisningsblanket anvendes indtil videre LÆ165 (forslag om socialmedicinsk sagsbehandling).

Jfr. sundhedsaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme gennemføres generel udbredelse af elektronisk henvisning til kommunale forebyggelsestilbud fra lægepraksis og sygehusafdelinger, således at henvisninger sendes i MedCom-standarden for elektroniske henvisninger til kommunen.

²⁷ Klinik Nyt. Angina pectoris (K01, K02, K74) og Pakkeforløb for stabil angina pectoris

²⁸ Klinik Nyt. Angina pectoris (K01, K02, K74).

²⁹ Sundhedsaftale mellem Region Syddanmark og kommuner, 2008; Grundaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme, krav 2

8.7 Indsats for den sårbare patient

Som tovholder for patienternes samlede forløb spiller egen læge for den sårbare patient en særlig rolle. Sårbare patienter kan have behov for individuel støtte for at kunne gennemføre elementerne i patientforløbet og for særlig opmærksomhed i overgangen mellem sektorer.

Til understøttelse af et hensigtsmæssigt og sammenhængende forløb på tværs af sektorer kan den praktiserende læge anvende § 2 aftalen "Deltagelse i udskrivningskonference på sygehus" eller § 2 aftalen "Opfølgende hjemmebesøg" jf. bilag 5.

Herudover kan almen praksis i planlægningen af det videre forløb eller i forbindelse med henvisning til kommunale forebyggelsesydelser kontakte kommunen med henblik på koordination.

8.8 Kontrol og opfølgning, herunder revision af behandlingsplaner

Kontrolhyppigheden fastlægges i et samspil mellem den praktiserende læge og patienten.

I relation til et sammenhængende rehabiliteringsforløb for patienter med kronisk hjertesygdom bør almen praksis motivere og understøtte patientens gennemførelse af forløbet samt tilpasse behandlingsplan fastlagt på sygehus³⁰. Herunder bør den praktiserende læge være ansvarlig for optimering og kontrol af den medicinske behandling samt for henviste patienter med symptomer på angst, depression eller alkoholafhængighed forestå videre udredning og behandling.

³⁰ Rehab efter strukturreformen

9. Den sundhedsfaglige indsats i kommunerne

9.1 Forebyggelse

Interventioner til understøttelse af livsstilsændringer er en kerneopgave i den kommunale opgaveportefølje. Livsstilsændringer kan bidrage til både at forebygge sygdomsopståen og til at forebygge forværring i sygdom.

Det kommunale sundhedspersonale kan i sin kontakt med borgere bidrage til en systematisk identificering af risikofaktorer for kronisk hjertesygdom. Kommunen kan identificere risikofaktorer og aktivt reagere på denne identificering ved at orientere om kommunale forebyggelsestilbud. Vurderer sundhedspersonalet, at der er behov for mere udbygget risikovurdering kan borgeren opfordres til at kontakte egen læge.

Kommunerne er i henhold til sundhedsaftalen om forebyggelse og sundhedsfremme ansvarlige for at etablere gruppebaserede livsstilsinterventioner fx på KRAM-faktorerne, men det er den enkelte kommunes ansvar at fastlægge serviceniveauet for indsatsen, ud fra lokale forhold og prioriteringer³¹.

Med afsæt i kapitel 3 er det væsentligt for den samlede indsats mod kronisk sygdom at kommunerne i Region Syddanmark kan stille gruppebaserede livsstilsinterventioner med udgangspunkt i KRAM-faktorerne til rådighed for personer med kronisk sygdom. Fastlæggelse af kapacitet og dimensionering vil fortsat bero på lokale prioriteringer.

9.2 Rehabilitering af kroniske hjertepatienter

Regionen og kommunerne har fælles ansvar for rehabiliteringen af kroniske hjertepatienter. Kommunerne er jf. afsnit 4.5.1 ansvarlige for varetagelse af hjerterehabiliteringsforløbets fase 2B og fase 3³². Af hensyn til patientens engagement og opnåede fysiske formåen må overgangen fra fase 2A til fase 2B ikke overstige 1-2 uger.

Formålet med den kommunale rehabiliteringsindsats er at bidrage til øget livskvalitet ved at understøtte den enkelte patients ressourcer til egenomsorg. Fokus er derfor på overgangen fra patient til borger og på mestring af hverdagen med kronisk sygdom. Det understøttes af, at kommunerne har handlemuligheder inden for et bredere sundhedsperspektiv.

Såfremt kommunale træningstilbud ikke er udbyggede, kan træningsforløbet færdiggøres i sygehusregi forudsat der er indgået aftale herom mellem parterne. Et eksempel på et kommunalt rehabiliteringsforløb er præsenteret i Bilag 3.

Kommunerne bør være opmærksomme på, at sårbare borgere ofte har behov for en særlig indsats f. eks i form af flere individuelle samtaler eller undervisning på mindre hold. Kommunen kan med fordel inddrage fagpersoner til rådgivning/vejledning om arbejdsmarkedsrelaterede problemstillinger, seksualitet, tilskudsordninger til medicin etc. Kommunerne kan endvidere vurdere, om der er behov for en social differentieret indsats på hold i det omfang det er muligt.

³¹ Sundhedsaftale om forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse mellem Region Syddanmark og regionens kommuner 2008

³² Sundhedsaftale mellem Region Syddanmark og kommunerne i regionen, 2008

Opfølgning og udslusning

Som opfølgning på rehabiliteringsforløbet kan kommunen tage telefonisk kontakt til patienten én til to gange efter afslutning af rehabilitering. Patienten kan senere indkaldes til livsstilssamtale og test. Ved afslutning af rehabiliteringsforløb og efter en evt. 6 måneders samtale sender kommunen tilbagemelding til patientens praktiserende læge. Den kommunale opfølgning koordineres med en eventuel opfølgning på sygehus.

I forlængelse af hjerterehabiliteringsforløbet kan kommunerne stille mere generelle tilbud om patientuddannelse/rehabilitering til rådighed, eksempelvis Stanford-konceptet Lær at leve med kronisk sygdom. Efter endt kommunal rehabilitering kan borgeren udsluses til opfølgende og vedligeholdende tilbud enten i kommunen, hos Hjertereforeningen, aftenskoler eller frivillige foreninger etc.

9.3 Kommunal støtte og pleje

Har patienten/borgeren behov for kommunal støtte og pleje i ændret omfang end før indlæggelse eller kontakt med praktiserende læge, henvender lægen eller sygehuset sig på vanlig vis jf. sundhedsaftalen om udskrivningsforløb, til kommunens myndighedsafdeling med anmodning om vurdering af borgerens behov for støtte og pleje. Kommunens visitorer vurderer derefter den enkelte borgers/patientens behov, og der tildeles støtte og pleje ud fra det fastlagte serviceniveau.

9.4 Forløbskoordinerende opgaver

Nogle borgere/patienter kan have et særligt behov for støtte til gennemførelse og fastholdelse af rehabilitering.

Følgende opgaver er centrale især i relation til patienter i stratificeringsgruppe med ringe egenomsorg:

- koordinere ydelser fra flere kommunale social- og sundhedspersoner
- sikre støtte til evt. selvmonitorering og egenbehandling i hjemmet
- afdække patientens behov og formidle viden om muligheder for at deltage i kommunale tilbud som f.eks. generel patientuddannelse
- koordinere indsats og kommunikation med almen praksis, patientens tovholder
- visitere borgere til forebyggelsestilbud på baggrund af almen praksis' henvisning
- medvirke i udarbejdelsen af behandlingsplanen for patienter med behov for en udvidet indsats
- følge op på patientens arbejde med behandlingsplanen
- koordinere indsats og informationer med sygehuset, når kontakten ikke naturligt er koordineret via patientens tovholder
- inddrage pårørende og netværk.

Det er op til den enkelte kommune at tilrettelægge, hvordan opgaverne med koordinering af kronikerforløb mest hensigtsmæssigt indpasses i den kommunale organisation.

10. Den sundhedsfaglige indsats på sygehusene

Den sygehusbaserede sundhedsfaglige indsats overfor de kroniske hjertesygdomme bygger på evidensbaseret viden og tager udgangspunkt i gældende nationale retningslinjer for udredning, behandling og rehabilitering af den specifikke hjertesygdom³³. Disse nationale retningslinjer opdateres årligt af det videnskabelige selskab med udgangspunkt i nye nationale og internationale forskningsresultater.

Behandlingen af de kroniske hjertesygdomme har for en del af lidelserne til formål at sikre bedst mulig symptomkontrol samt størst mulig prognostisk gevinst, da egentlig helbredelse af den grundlæggende sygdomsmekanisme ikke er mulig. Afhængigt af lidelsens karakter og sværhedsgrad foregår udredning og behandling under indlæggelse eller i ambulante forløb - for visse sygdommes vedkommende i ambulante pakkeforløb.

10.1 Forebyggelse

Med henblik på at støtte op om en efterfølgende indsats i almen praksis og kommunalt regi efter sygehusbehandling, skal sygehusene vurdere patienternes behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Inden for rammerne af Den Danske Kvalitets Model er foreslået følgende sygehusstandard inden for forebyggelse og sundhedsfremme: "Patienternes sundhedsmæssige risiko vurderes på grundlag af livsstilsfaktorer samt arvelige, sociale og miljømæssige forhold".

Standarden har til formål at identificere patienter med øget sundhedsmæssig risiko samt at skabe grundlag for at iværksætte relevante aktiviteter sammen med patienten, som kan medvirke til at fremme patientens sundhedstilstand. Sygehuset skal udarbejde retningslinjer for sundhedsmæssig risikovurdering af patienter, der fastlægger hvilke risikofaktorer og patientgrupper, der omfattes. Retningslinjerne skal som minimum omhandle kost, rygning, alkohol og motion.

Sygehuset skal tillige - ifølge en standard om intervention over for patienter med sundhedsmæssig risiko - tilbyde intervention og der skal foreligge retningslinjer inden for ovennævnte risikofaktorer, som beskriver ansvars- og opgavefordelingen i institutionen og mellem sektorerne samt hvordan risikovurderingen og opfølgningen heraf formidles til andre aktører, særlig primærsektoren³⁴.

10.2 Ambulant udredning og behandling i pakkeforløb

I 2009 implementeres på nationalt plan pakkeforløb for en række kroniske hjertesygdomme. Formålet med pakkeforløb er at optimere patientens forløb med henblik på eliminering af unødigt ventetid, optimere samarbejdet mellem de involverede kliniske afdelinger, samt sikre optimal information til patienten.

Af pakkeforløbsbeskrivelserne fremgår patientens ambulante forløb gennem udredning, behandling og rehabilitering med anbefalinger vedrørende:

- De sundhedsfaglige elementer i udredning og behandling
- Rehabiliteringsforløb
- Fagligt begrundede forløbstider
- Information af patienten.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet ambulante pakkeforløb for følgende hjertesygdomme:

- Mistanke om stabil angina pectoris³⁵

³³ Den Nationale kardiologiske Behandlingsvejledning. Dansk Cardiologisk Selskab. <http://www.cardio.dk/sw10684.asp>

³⁴ Jf. sundhedsaftalerne, grundaftale om udskrivningsforløb, krav 1

³⁵ Pakkeforløb for angina pectoris. Stabile hjertekramper. Sundhedsstyrelsen, 2008

- Mistanke om hjerteklapsygdom³⁶
- Mistanke om hjertesvigt³⁷

Herudover implementeres i Region Syddanmark pakkeforløb for:

- Patienter med dokumenteret forkammerflimren (atrieflimren)
- Patienter med besvimelsestendens³⁸

En forudsætning for visitation til pakkeforløb er egen læges opsamling af oplysninger vedrørende symptomer, tidligere sygdomme og undersøgelser. Visse af pakkeforløbene (Hjerteklapsygdom og Hjertesvigt) kan initieres af egen læge, som telefonisk kan booke direkte til forundersøgelse. Ved henvisning til pakkeforløb for stabil angina pectoris fremsender egen læge henvisning omfattende relevante oplysninger med henblik på visitation ved kardiologisk speciallæge.

Indholdet af det enkelte pakkeforløb mht. visitation, udredning, behandling og rehabilitering fremgår af beskrivelserne fra henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Region Syddanmark.

Alle pakkeforløbene indbefatter korte tidsrum til forundersøgelse og efterfølgende diagnostiske tiltag, hvilket forudsætter en nøje planlægning i sygehusregi med forudbookede tider til en lang række mulige undersøgelser og behandlinger. Dette medfører et stort behov for koordination og planlægning samt nøje information af patienten om det accelererede forløb på sygehuset.

Rehabilitering indgår som et element i alle pakkeforløb for såvel den sygehusbaserede som den kommunalt baserede rehabilitering.

10.3 Øvrig ambulant udredning og behandling

En række hjertesygdomme omfattes ikke af pakkeforløb:

- Hjerterytmeforstyrrelser, fraset atrieflimren og rytmeforstyrrelser udløsende besvimelse
- Arvelige hjertesygdomme
- Medfødte hjertesygdomme hos voksne
- Blodtryksforhøjelse
- Forhøjet kolesterol
- Sygdomme i hovedpulsåren

En række uspecifikke symptomer kræver undersøgelse med henblik på udelukkelse af hjertesygdom og derfor udredning i kardiologisk regi, eksempelvis:

- Uro i brystet
- Ukarakteristiske anfaldsfænomener (ubehag, klamtsveden, hovedpine)
- Mistanke om hjertesygdom som grundlag for blodprop andet steds i kroppen, eks. hjernen

Udredning af disse patienter omfatter forundersøgelse med fastlæggelse af symptomer og risikoprofil, fysisk undersøgelse (eks. EKG, blodtryksmåling, blodprøver) samt evt. ekkokardiografi og røntgen af hjerte og lunger. Afhængig af forundersøgelsens resultat gennemføres supplerende undersøgelser (eks. hjerterytmemonitorering, arbejdstest, hjerte-CT, koronar arteriografi).

Afhængigt af udredningens resultat iværksættes behandling, ambulant kontrolforløb, eller opfølgning hos egen læge. Ved påvist hjertesygdom foretages en kortlægning af patientens risikofaktorer og rehabiliteringsbehov vurderes jf. afsnit 10.5.

³⁶ Pakkeforløb for hjertesvigt og hjerteklapsygdom. Sundhedsstyrelsen, 2008.

³⁷ Pakkeforløb for hjertesvigt og hjerteklapsygdom. Sundhedsstyrelsen, 2008.

³⁸ Pakkeforløb for patienter med hjerterytmeforstyrrelse. Region Syddanmark, 2009

10.4 Udredning og behandling under indlæggelse

Den initiale udredning og behandling af en række hjertelidelser foregår under sygehusindlæggelse. Hvorvidt sygdommen bør udredes/behandles under indlæggelse eller ambulant, afgøres af den henvisende læge i primærsektoren og er betinget af den med sygdommen behæftede risiko for livstruende hjerterytmeforstyrrelse eller risiko for sværere følgerikninger.

En række tilstande medfører altid indlæggelse.

- Mistanke om Akut Koronart Syndrom i form af brystmerter, åndenød eller almen påvirkning, med eller uden tilstedeværelse af EKG-forandringer.
- Mistanke om betydende hjertesvigt, eks. i form af sværere åndenød og almen påvirkning
- Mistanke om betydende hjerteklapsygdom, eks. ved åndenød, almen påvirkning og mislyd ved hjertet – evt. ledsaget af feber
- Mistanke om betydende hjerterytmeforstyrrelse i form af langsom eller meget hurtig puls eller besvimelse.

Ovennævnte symptomer vil altid udløse telemedicinsk EKG-optagelse i ambulancen (tele-EKG) med transmission til nærmeste hjerteafdeling med henblik på hurtig visitation. Ved klare tegn til stor blodprop i hjertet (STEMI) videresendes patienten akut til højt specialiseret afdeling til ballonbehandling eller operation.

En række andre og mindre alarmerende symptomer kan efter indlæggende læges vurdering ligeledes udløse indlæggelse. Forudgående hjertesygdom er altid en skærpene omstændighed.

Akut kardiologisk indlæggelse medfører følgende:

- Lægelig vurdering af telemedicinsk EKG med henblik på korrekt visitation
- Modtagelse i kardiologisk specialafsnit, evt. modtageafsnit
- Akut lægelig vurdering med henblik på diagnostik og evt. iværksættelse af behandling
- Planlægning af relevant undersøgelsesprogram.

Det efterfølgende indlæggelsesforløb vil afhænge af diagnose og behandlingsbehov. En række forskellige scenarier kan forekomme:

- Hjertesygdom med akut behov for kateterbaseret eller operativ behandling påvises*
Patienten overflyttes til højt specialiseret enhed (Universitetshospital), tilbageflyttes efter endt behandling til opfølgning og rehabilitering i lokalt regi.
- Hjertesygdom med behov for akut behandling påvises*
Behandling iværksættes i henhold til gældende retningslinjer. Enkelte patientkategorier (lille blodprop i hjertet (NSTEMI) og ustabil angina pectoris (UAP) udredes og behandles i pakkeforløb³⁹. Patienten udskrives, når tilstanden tillader det, til ambulant opfølgning og rehabilitering.
- Mistanke om akut behandlingskrævende hjertesygdom afkræftes*, men yderligere kardiologisk udredning findes påkrævet. Patienten udskrives til ambulant udredning i kardiologisk regi.
- Mistanke om hjertesygdom afkræftes*
Patienten udskrives til opfølgning hos egen læge eller overgår ved mistanke om anden sygdom til udredning og behandling i andet regi.

³⁹ Pakkeforløb for ustabil angina pectoris og akut myokardieinfarkt uden ST-segment elevation i EKG (NSTEMI). Pakkeforløb for ustabile hjertekramper og blodprop (NSTEMI) i hjertet. Sundhedsstyrelsen, 2008

Ved påvist hjertesygdom foretages forud for udskrivelse en kortlægning af patientens risikofaktorer med henblik på intervention, ligesom patienten rehabiliteringsbehov vurderes og der lægges en rehabiliteringsplan jf. nedenstående

10.5 Hjerterehabilitering (specialiseret)

Sygehusene vurderer for alle hjertepatienter behovet for rehabilitering. Sygehusene er jf. afsnit 4.5.1 ansvarlige for varetagelsen af det specialiserede rehabiliteringsforløb for hjertepatienter. Hjerterehabilitering iværksættes på basis af en individuel rehabiliteringsplan, som er udarbejdet under ansvar af en kardiologisk speciallæge. Rehabiliteringsforløbet kan være differentieret i forhold til diagnose.

Patienter med iskæmisk hjertesygdom

Rehabiliteringen af patienter med iskæmisk hjertesygdom pågår i 3 faser⁴⁰. Sygehuset er ansvarlig for varetagelse af hjerterehabiliteringsforløbet i fase 1 og fase 2A, som af patientsikkerhedsmæssige årsager forudsætter mulighed for akut livreddende indsats.

Rehabilitering af iskæmiske hjertepatienter i sygehusregi består indholdsmæssigt af:

- Patientinformation og –uddannelse
- Specialiseret genoptræning i 6 uger⁴¹
- Screening for risikofaktorer og motivation til livsstilsændring
- Psykosocial støtte, inkl. screening for depression
- Medicinsk behandling

Patienter med hjertesvigt

De fleste sygehuse i Danmark har etableret hjertesvigt-klinikker, som under ledelse af kardiologiske speciallæger og med specialuddannede hjertesvigt-sygeplejersker varetager udredning og behandling af patienter med hjertesvigt. I hjertesvigt-klinikken ligger endvidere en væsentlig del af rehabiliteringen med patientinformation og –uddannelse, intervention overfor risikofaktorer, psykosocial støtte (inkl. screening for depression) samt støtte til livsstilsændringer.

Herudover bør en del hjertesvigt-patienter tilbydes fysisk træning forudgået af en symptom-begrænsende arbejdstest og med særligt tilpasset træningsprogram. Fysisk træning af hjertesvigt-patienter foregår af patientsikkerhedshensyn i sygehusregi de første tre måneder. Patienten søges motiveret for vedvarende selvtræning evt. understøttet af kommunalt tilbud om fortsat træning.

Hjerteopererede patienter

I Danmark tilbydes rehabilitering til alle hjerteopererede patienter. Patienter, som er opereret for iskæmisk hjertesygdom (bypass-opererede) følger rehabiliteringstilbuddet for disse, dog med det forbehold at fysisk træning først påbegyndes efter 4-6 uger.

Patienter, som er opereret for hjerteklapsygdom eller anden ikke-iskæmisk hjertesygdom, tilbydes primært fysisk træning i lighed med bypass-opererede. Det øvrige behov for rehabilitering vurderes individuelt, men indbefatter altid en lægelig kontrol inkl. ekkokardiografi efter 1-3 måneder.

10.6 Opfølgning og kontrol

Opfølgende kontrol efter diagnostik og behandling af hjertesygdom beror på sygdommens karakter. En række sygdomme kontrolleres i regi af egen læge, ligesom opfølgning på rehabiliteringsforløb og risikofaktorkontrol i mange tilfælde varetages af egen læge.

Visse lidelser kræver dog fortsat kontrol i hospitalsregi:

⁴⁰ Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Hjertereforeningen, 2007.

⁴¹ Genoptræningsforløbsbeskrivelse for patienter i hjerterehabiliteringsforløb. Region Syddanmark i samarbejde med de 22 kommuner i regionen, 2009. (Materialet er i høring).

- Suboptimalt behandlet iskæmisk hjertesygdom med behov for yderligere medicinsk optimering eller revaskularisering
- Hjertesvigt med behov for tæt og specialiseret kontrolforløb i Hjertesvigt-klinik
- Hjerteklapsygdom med behov for ekkokardiografisk monitorering mhp. evt. senere operationsbehov
- Opereret hjerteklapsygdom med henblik på ekkokardiografisk kontrol jf. gældende rekommandationer
- Hjerterytmeforstyrrelse med behov for monitorering mhp. yderligere medicinsk terapi eller pacemakerbehov
- Hjerterytmeforstyrrelse med behov for kardiologisk speciallægekontrol (eksempelvis ved behandling med visse farmaka)
- Vanskeligt traktabel blodtryksforhøjelse
- Svært dysregulerede risikofaktorer med behov for særlig indsats.

Kontrolhyppighed og –karakter er betinget af lidelsens karakter, behovet for specifikke undersøgelser og fastlægges individuelt.

10.7 Indsats for den sårbare patient, herunder forløbskoordinerende opgaver

Alle sygehusindlagte hjertepatienter tildes en kontaktperson i form af en kontaktsygeplejerske, kontaktlæge, kontaktherapeut eller lignende. Kontaktpersonens opgave er at sikre, at patientens indlæggelsesforløb er så hensigtsmæssigt som muligt, at stå til rådighed for evt. spørgsmål, som ikke klares af egen læge efter udskrivelsen.

Patienter med kompleks hjertesygdom og ringe egenomsorgsevne bør støttes i indlæggelsesforløbet og ved udskrivelsen samt støttes i at begynde og gennemføre sygehusets rehabiliteringsforløb. Patienten skal grundigt informeres om formål og plan for forløbet og understøttes særligt i overgangen mellem sektorerne.

I sygehusets del af rehabiliteringsforløbet kan den særligt sårbare patient tilbydes ekstra individuelle samtaler ligesom træningsforløbet eller dele af det kan gennemføres individuelt. Mulighed for individuel vejledning foreligger ligeledes ved intervention overfor rygning, diætvejledning, særlige sygdomstilstande eller svær overvægt.

Patientens kontaktperson varetager vanligvis støttefunktionen vedrørende patienten under dennes indlæggelsesforløb. Hos den særligt sårbare patient kan opgaven med fordel varetages af en sygehusbaseret forløbskoordinator, som kan fortsætte støtten af patienten i det efterfølgende ambulante rehabiliteringsforløb i sygehusregi indtil kontakten med og kontinuiteten i det kommunale rehabiliteringsforløb er etableret.

Hvis patienten udebliver fra undervisning, samtaler og/eller genoptræning kan forløbskoordinatoren telefonisk kontakte patienten for at understøtte fastholdelse og gennemførelse af forløbet.

Til støtte for overgangen mellem sektorer kan sygehusets forløbskoordinator orientere kommunen om, at patienten er startet på rehabilitering. I særlige tilfælde kan en repræsentant fra kommunen deltage i sidste samtale/træning i sygehusets rehabiliteringsforløb for at lette overgangen til den kommunale rehabiliteringsdel.

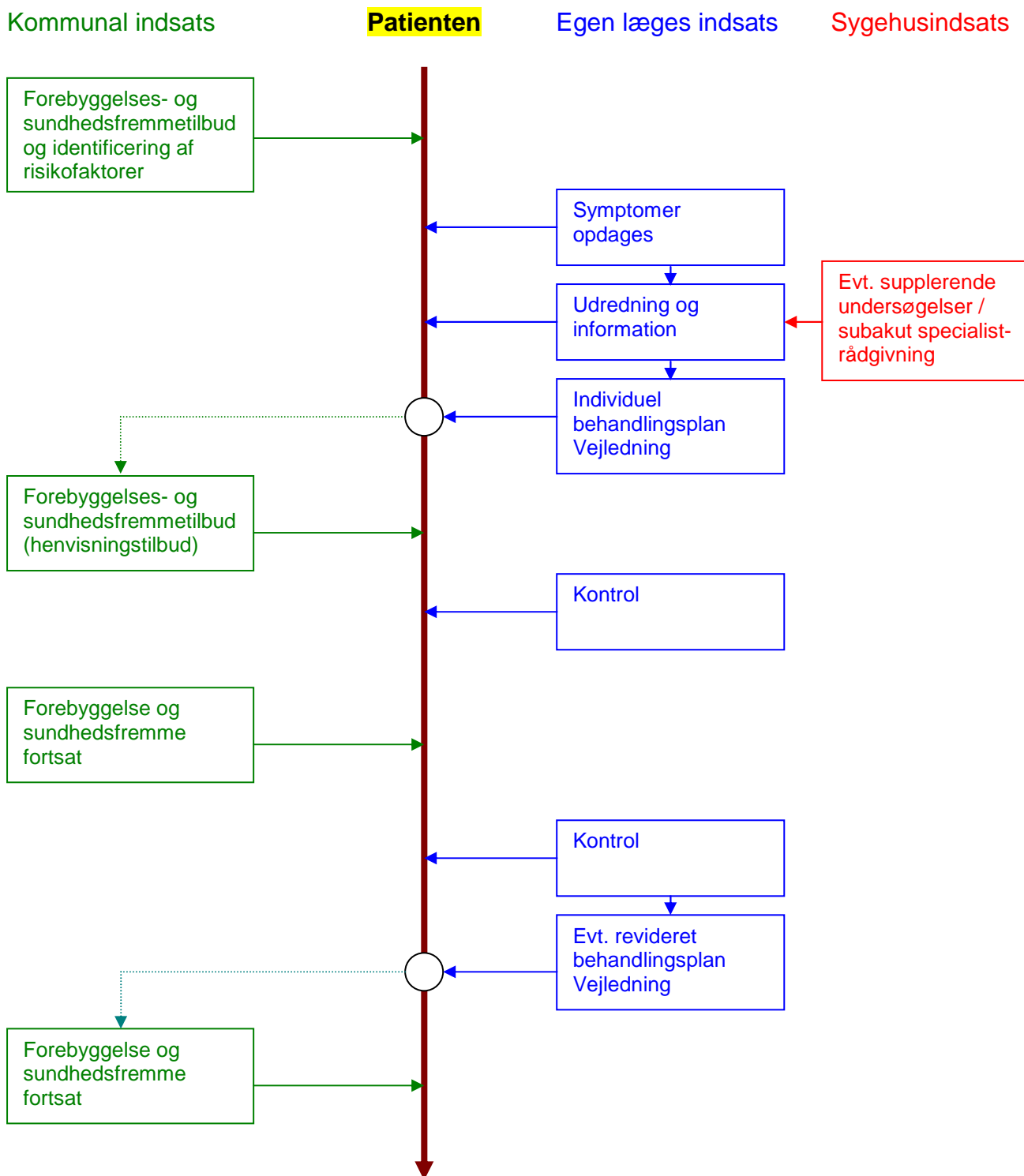
Bilag 1. Medlemmer af koordineringsgruppen på hjerteområdet

Arbejdsgruppen har været sammensat af repræsentanter fra regionens sygehuse, kommuner, almen praksis samt sundhedsstaben. Arbejdsgruppens sammensætning fremgår herunder:

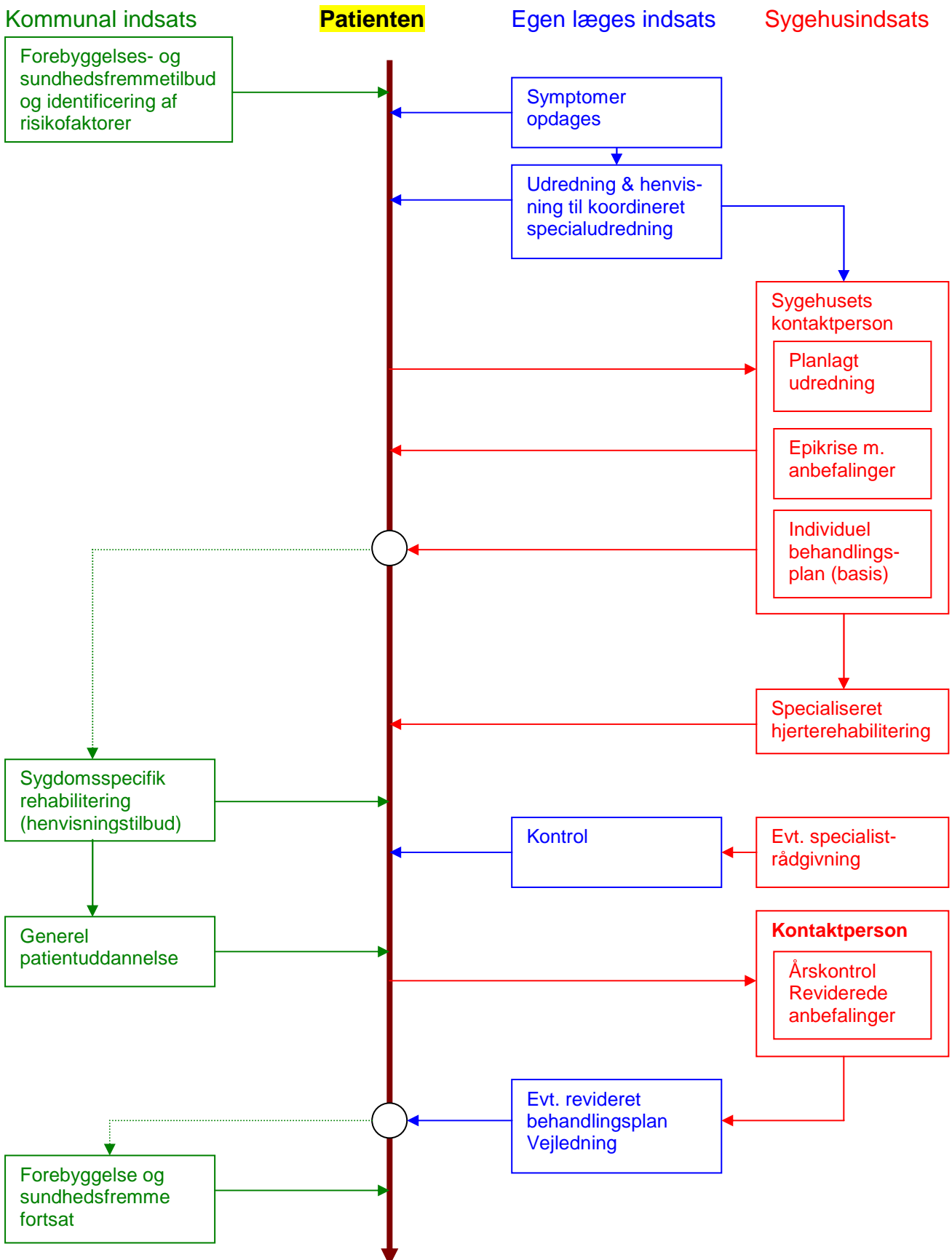
Lægelig direktør Johannes Gaub (formand)	Sygehus Lillebælt
Ledende overlæge Anne Sejr Knudsen	Sygehus Lillebælt
Klinikchef Kristian Korsgaard Thomsen	Sydvestjysk Sygehus
Specialeansvarlig overlæge Flemming Davidsen	Sygehus Sønderjylland
Sygeplejerske Inge Fauerskov	OUH, Svendborg
Udviklingsfysioterapeut Ellen Pedersen (til marts 09)	Sygehus Sønderjylland
Udviklingsfysioterapeut Birte Nørrelund	OUH
Sundhedschef Marit Nielsen-Man	Vejle Kommune
Forløbskoordinator Tove Sommer	Faaborg-Midtfyn Kommune
Projektleder Susanne Brinck	Esbjerg Kommune
Praktiserende læge Morten Østergaard-Nielsen	Almen praksis, Gram
Praktiserende læge Poul Erik M. Jørgensen	Almen praksis, Odense
Centerchef Arne Poulstrup	Region Syddanmark, Center for Kvalitet
Chefkonsulent Niels-Erik Aaes	Region Syddanmark, Sundhedsstaben
Konsulent Helle Bruun	Region Syddanmark, Sundhedsstaben
Vicekontorchef Lejf Hansen (sekretær)	Sygehus Lillebælt
Konsulent Anne Bach Stisen (sekretær)	Region Syddanmark, Sundhedsstaben

Bilag 2. Patientforløb for hjertepatienter

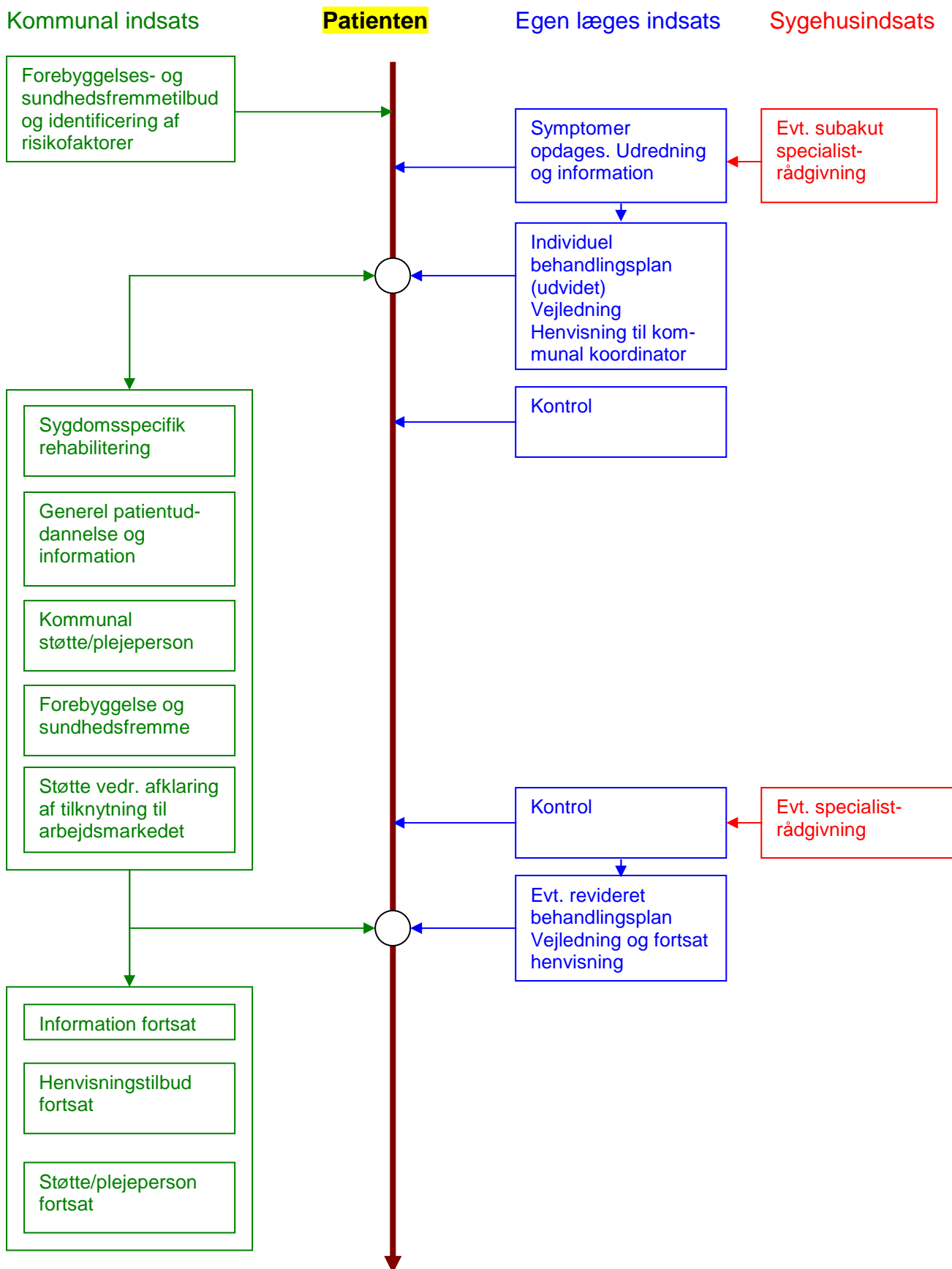
Case I: Patientforløb for den kroniske hjertepatient med enkel sygdom og god egenomsorgsevne



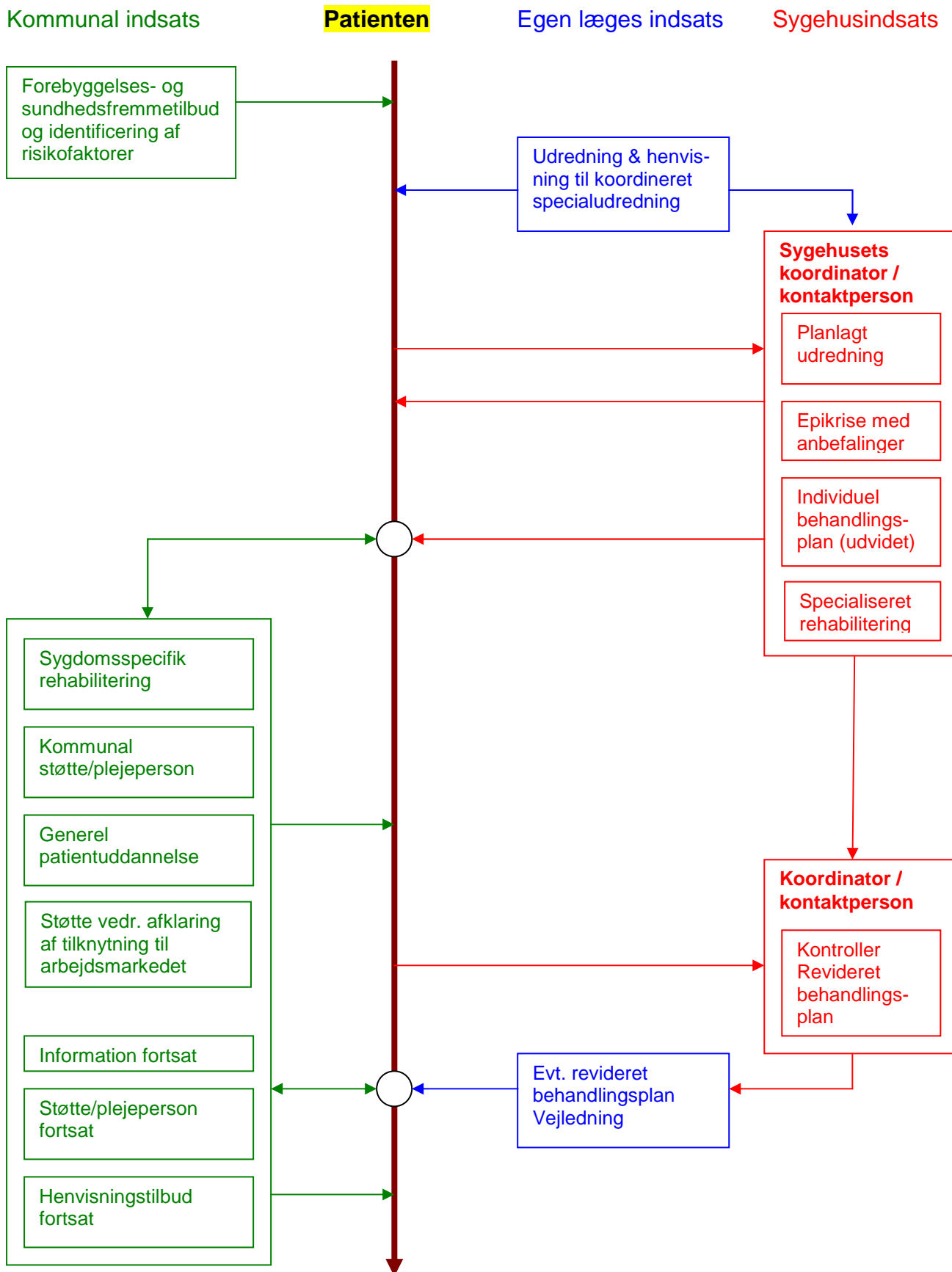
Case II: Patientforløb for den kroniske hjertepatient med kompleks sygdom og god egenomsorgsevne



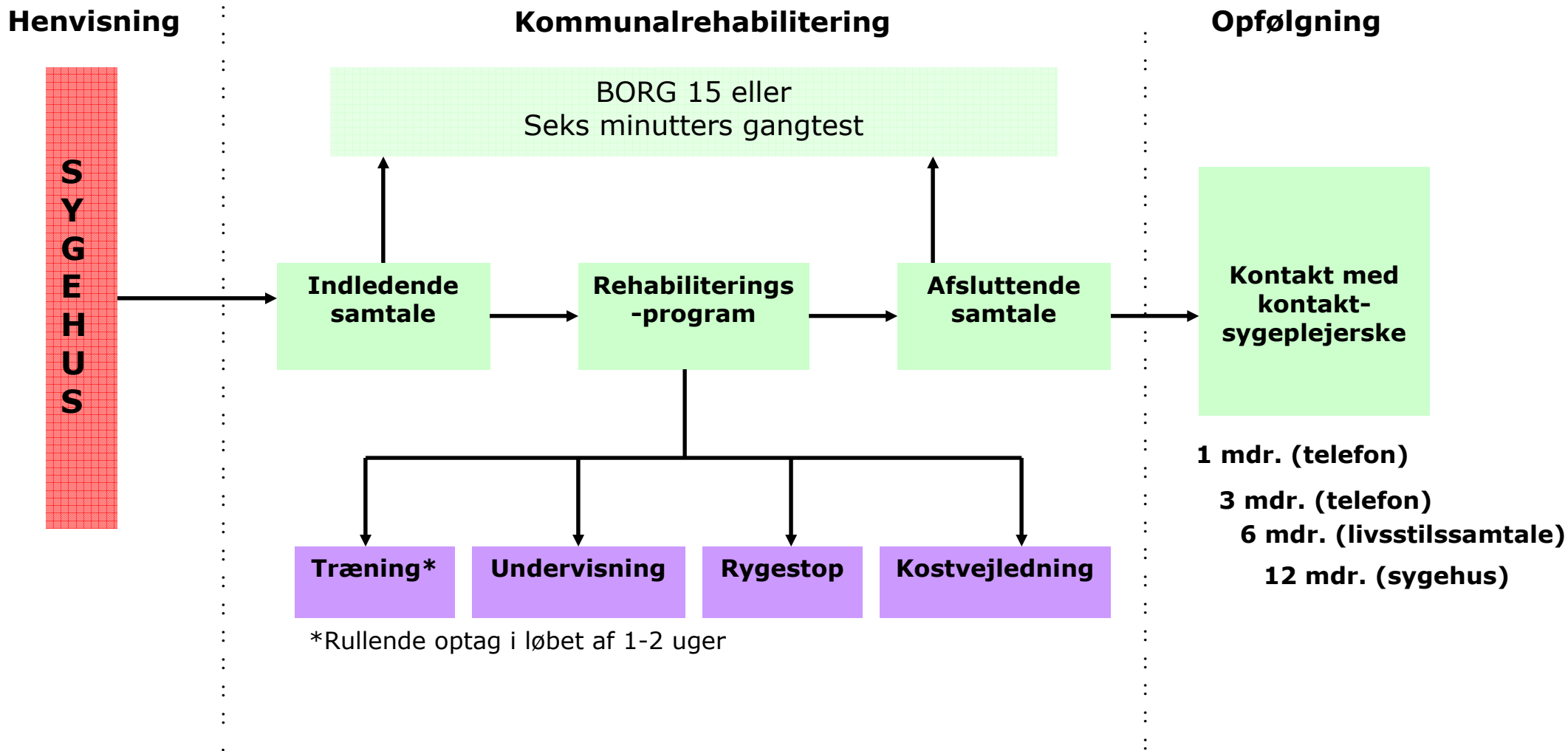
Case III: Patientforløb for den kroniske hjertepatient med enkel sygdom og ringe egenomsorgsevne



Case IV: Patientforløb for den kroniske hjertepatient med kompleks sygdom og ringe egenomsorgsevne



Bilag 3. Eksempel på kommunalt hjerterehabiliteringsforløb



Bilag 4. Ordforklaring

Akut Koronart Syndrom	Tilstand med mistanke om blodprop i hjertet (hjerteinfarkt)
Akut myokardieinfarkt (AMI)	Blodprop i hjertet
Angina pectoris	Hjertekrampe. Smertes eller trykken i brystet på grund af iltmangel til hjertemusklen
Borgerrettet forebyggelse	Primær forebyggelse rettet mod den raske del af befolkningen
Comorbiditet	Samtidigt forekommende sygdomme
DSAM	Dansk Selskab for Almen Medicin
Elektrokardiografi (EKG)	Diagram over de elektriske strømme, der dannes i hjertet
Hjerteklapsygdom	Forsnævninger eller utætheder i hjerteklapperne
Hjerterytmeforstyrrelse	Forstyrrelser i hjerterytmen
Hjertesvigt (insufficiens)	Hjertets pumpefunktion er nedsat og utilstrækkelig
Iskæmisk hjertesygdom	Hjertesygdom, som skyldes åreforsnævring i hjertets kraspulsårer og giver iltmangel i hjertemusklen
Koronar arteriografi (KAG)	Røntgen-undersøgelse af kransårene (koronar arterierne) eller hjertekamrene
KRAM	Livsstilsfaktorerne Kost, Rygning, Alkohol og Motion
NSTEMI	(Non-ST-elevations Myokardieinfarkt). Lille blodprop i hjertet, ses på EKG.
Pakkeforløb	Et patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der som udgangspunkt følger et på forhånd booket forløb. Pakkeforløb omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om hjertesygdom, gennem udredning, diagnose, behandling og rehabilitering.
Patientrettet forebyggelse	Indsats med det formål at forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer
Retningslinje	Retningslinjer beskriver formål, omfang, organisation og ansvar samt fremgangsmåder for løsning af opgaver
Risikofaktorer	Faktorer, som medfører forøget risiko for hjertesygdom (arvelighed, forhøjet blodtryk, diabetes, forhøje cholesteroltal, tobaksrygning, overvægt, fysisk inaktivitet mv)
STEMI	(ST-elevations Myokardie Infarkt) Stor blodprop i hjertet. Særlige kendetegn på EKG
Stratificering	Redskab til at allokere grupper af patienter til den behandling, rehabilitering og opfølgning, der i bedst mulig grad giver det optimale udbytte for patienterne, sundhedsvæsenet og ressourceudnyttelsen
Telemedicinsk EKG	EKG optaget af Falck-personale i ambulancen iht. veldefinerede kriterier. Transmitteres til sygehus mhp. visitation
UAP	(Ustabil Angina Pectoris). Hjertekramper af tiltagende sværhedsgrad og hyppighed, tydende på truende blodprop i hjertet

Vejledning/instruks

Vejledning/instruks beskriver på baggrund af en retningslinje specifikke anvisninger til, hvorledes personer skal udføre specifikke opgaver.

Bilag 5. Lokalaftaler for almen praksis (§ 2 aftaler)

Som supplement til overenskomsten mellem danske regioner og praktiserende læger, er der indgået en række lokale aftaler (§ 2-aftaler). En del af disse med henblik på at understøtte det gode patientforløb. I relation til kronisk hjertesygdom omfatter det:

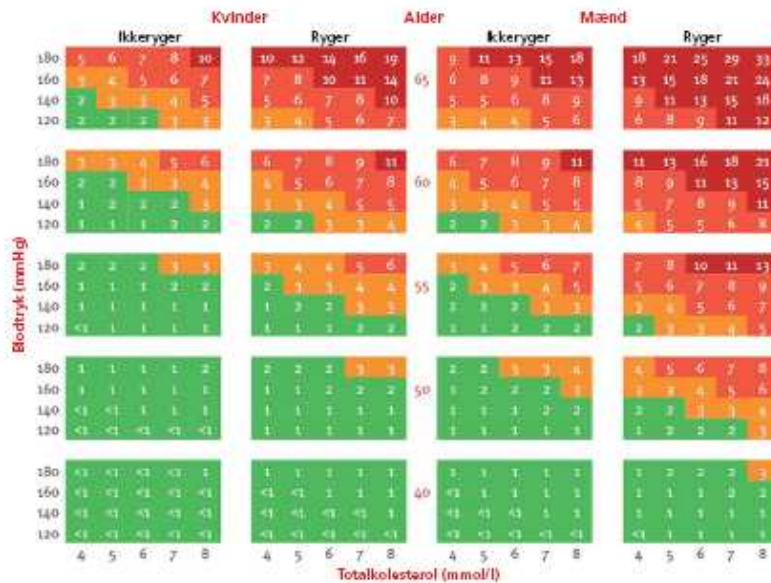
Til understøttelse af et hensigtsmæssigt og sammenhængende forløb på tværs af sektorer kan den praktiserende læge anvende § 2 aftalen "Deltagelse i udskrivningskonference på sygehus". Den praktiserende læges deltagelse i udskrivningskonference har til formål at sikre koordination mellem sygehus, kommune og egen læge, samt sikre den fornødne opfølgning hos egen læge efter sygehusindlæggelse. Aftalen er beskrevet på VisInfoSyd - <http://www.visinfosyd.dk/wm261745>

Ved behov for koordineret opfølgning mellem den praktiserende læge og den kommunale hjemmesygepleje kan den praktiserende læge agere proaktivt og bidrage til at sikre sammenhæng i patientforløbet ved at foretage opfølgende hjemmebesøg jf. § 2 aftalen "Opfølgende hjemmebesøg". Aftalen er beskrevet på VisInfoSyd - <http://www.visinfosyd.dk/wm265406>

Den praktiserende læge har med § 2 aftalen "Alment praktiserende lægers efteruddannelse på sygehuse og sygehusansatte speciallægers ophold i almen praksis" mulighed for ophold på en eller flere sygehusafdelinger. Et ophold kan bidrage til ajourføring af faglig viden og arbejdsgange inden for det eksempelvis det kardiologiske speciale. Aftalen er beskrevet på VisInfoSyd - <http://www.visinfosyd.dk/wm265485>

Bilag 6. Risikoskema til brug for patienter uden tegn på iskæmisk hjerte-kar-sygdom eller diabetes

Risikoskema til brug for patienter uden tegn på iskæmisk hjerte-kar-sygdom eller diabetes



Følgende patienttyper defineres med **høj totalrisiko** for en fatal kardiovaskulær hændelse:

1. Patienter med erkendt iskæmisk hjerte-kar-sygdom.
2. Diabetes type 2 eller diabetes type 1 med mikroalbuminuri.
3. Symptomfrie personer med:
 - a) Tre risikofaktorer, der samlet giver en 10-års-risiko på 5% eller derover på vurderingstidspunktet (eller ved ekstrapolering til patienten er 60 år) for at dø af hjerte-kar-sygdom.
 - b) markant forhøjelse af en enkelt risikofaktor: blodtryk > 180/110 mmHg eller totalcholesterol > 8 mmol/l eller LDL-cholesterol > 6 mmol/l.

10-års-risiko for fatal CVD i Danmark efter køn, alder, systolisk blodtryk, totalcholesterol og rygning.

Procent	Risiko	Farvekode
≤ 2	Lav risiko	Grøn
3-4	Moderat øget risiko	Orange
5-9	Høj risiko	Rød
≥ 10	Megat høj risiko	Markeret rød

Kilde: www.heartscore.org

Bilag 7. Referencer

Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Generisk model og Forløbsprogram for diabetes. Sundhedsstyrelsen, 2008.

Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse – et idékatalog. Sundhedsstyrelsen, 2006.

Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark. 9. version, juli 2008.

Dansk Selskab for Almen Medicin. Forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom i almen praksis. 3. udgave, 2007.

Pakkeforløb for ustabil angina pectoris og akut myokardieinfarkt uden ST-segment elevation i EKG (NSTEMI). Ustabile hjertekramper og blodprop (NSTEMI) i hjertet. Sundhedsstyrelsen, 2008.

Pakkeforløb for angina pectoris. Stabile hjertekramper. Sundhedsstyrelsen, 2008.

Akut Koronar Syndrom. Retningslinjer for diagnostik og behandling. Dansk Cardiologisk Selskab, december 2004.

Det gode patientforløb, ustabil iskæmisk hjertesygdom. Region Syddanmark, 2008.

Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed

HjerteStatistik for nye Kommuner og Regioner. Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed 2006.

Hjertestatistik 2008. Fokus på køn og sociale forskelle. Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed 2008.

Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med en auditregistrering. Audit Projekt Odense. Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet, 2005.

Audit om "Forebyggelse i Almen Praksis". Svarrapport. Audit Projekt Odense. Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet, 2005.

Livsstilssygdomme. Et sundhedsøkonomisk studie. Michael Nyhus Andreassen og Jens Pagh Maltbæk, 2007.

Hjerterehabilitering - en medicinsk teknologivurdering : Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget. Sundhedsstyrelsen, Bispebjerg Hospital og Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

Fysisk træning ved iskæmisk hjertesygdom og kronisk hjerteinsufficiens. Et holdningspapir fra Dansk Cardiologisk Selskab, oktober 2008.

Hjerterehabilitering på danske sygehuse. Hjerteforeningen, Dansk Cardiologisk Selskab og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2004.

Hjertekarrehabilitering efter strukturreformen. Rehabilitering og sammenhængende patientforløb for kronisk syge. Hjerteforeningen og Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark 2007.

I gang igen efter blodprop i hjertet. Socialt differentieret hjerterehabilitering. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2007.

Manual: I gang igen efter blodprop i hjertet. Social differentieret hjerterehabilitering. Hjerteforeningen og Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2007.

Hjerterehabilitering. Rationale, arbejdsmetode og erfaringer fra Bispebjerg Hospital. Bispebjerg Hospital og Statens Institut for Folkesundhed, 2003.